FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

DES DIVERSES MÉTHODES OPÉRATOIRES

POUR LA

CURE RADICALE DES HERNIES.

THÈSE

présentée et soutenue le   février 1841.

PAR ALEXANDRE THIERRY,

Docteur en médecine, professeur particulier de chirurgie, vice-président de la société médicale du 9e arrondissement, membre titulaire de la société médicale d'émulation de Paris, chirurgien du bureau de bienfaisance du 9e arrondissement, ancien aide d'anatomie de la faculté, membre honoraire de la Société anatomique.



PARIS,

IMPRIMERIE DE MOQUET ET COMPAGNIE,
rue de la Harpe, 90.

1841.

JUGES DU CONCOURS.

MM. LES PROFESSEURS :	MARJOLIN,	*Président*,
	BRESCHET,	Juge,
	CRUVEILHIER,	id.
	GERDY,	id.
	MOREAU,	id.
	CLOQUET.	id.
	VELPEAU,	id.
	ANDRAL,	id.
	RICHARD,	id.
	CHOMEL,	id.
MM. LES MEMBRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE:	BEGIN,	*Secrétaire*,
	GIMELLE,	Juge,
	AMUSSAT,	id.
	LAGNEAU,	id.
	VILLENEUVE,	id.

CONCURRENTS.

MM. BERARD jeune,
BLANDIN,
BOYER (Philippe),
CHASSAIGNAC,
HUGUIER,
LAUGIER,
LENOIR.

MM. MALGAIGNE,
MICHON,
ROBEET,
SANSON jeune,
SEDILLOT,
THIERRY,
VIDAL (de Cassis).

DES DIVERSES MÉTHODES OPÉRATOIRES POUR LA CURE RADICALE DES HERNIES.

INTRODUCTION.

Une pareille question n'aurait pas été donnée en 1812 à nos maîtres qui se présentèrent au concours pour succéder à Sabatier : à cette époque, les opérations conseillées jadis pour guérir radicalement les hernies, avaient été rejetées comme dangereuses. On était encore sous l'influence de la condamnation qui avait frappé la méthode de la cure radicale des hernies, objet d'une discussion à l'Académie royale de Chirurgie, où Bordenave avait exposé le danger des caustiques pour la cure radicale des hernies. Lassus, Boyer, Sabatier, Pelletan et Scarpa partageaient à cet égard les opinions des membres de l'Académie royale

de Chirurgie. Mais depuis quelques années les chirurgiens ont tourné leurs regards vers le passé; les anciens auteurs ont été interrogés avec plus ou moins de bonheur. Quelquefois aussi, séduits par le désir d'attacher leur nom à des méthodes nouvelles, ils ont mis en doute les questions qui paraissaient déjà résolues. La thérapeutique chirurgicale a-t-elle beaucoup gagné à cette direction? C'est aux faits de répondre, c'est à l'expérience de décider; toujours est-il qu'au milieu de ce conflit général de grandes et heureuses découvertes ont été faites. Si nous avions pu choisir le sujet de notre thèse, ce n'est pas à celui qui nous est échu par le sort que nous aurions donné la préférence; mais comme toute question de médecine opératoire demande une solution, nous tâcherons de la donner d'après les documents que nous possédons. Notre réponse est toute d'actualité ; car elle ne peut rien préjuger sur l'avenir; les méthodes peuvent changer : notre opinion changera avec les méthodes. Si le règlement du concours nous donnait plusieurs mois pour faire un mémoire sur ce sujet, on pourrait peut-être par des expériences sur des animaux vivants, en constatant les faits qui ont été imprimés et énoncés, donner une solution plus explicite ; mais il est impossible de se livrer à toutes les investigations nécessaires.

J'ai vu tant de guérisons dans les livres et dans les journaux au bout de trois mois, j'ai vu tant de fois les maladies revenir au bout de six, que dans l'appréciation des faits, je suis difficile et sévère.

Sous la dénomination de méthodes opératoires pour la cure radicale des hernies, doit-on comprendre la compression et les topiques, c'est-à-dire l'usage des

bandages et des moyens thérapeutiques médicaux? Je crois que, bien que le sens explicite de la question exige qu'on parle surtout des opérations proprement dites, on ne doit pas rejeter les autres moyens, et surtout la compression dont les différentes méthodes opératoires ne peuvent se passer : aussi, sans parler de telle ou telle espèce de bandages, je crois nécessaire de ne pas rejeter ce mode de traitement qui quelquefois seul a déterminé la cure radicale des hernies. J'écarterai, quoique à regret, de ma question, les hernies du cerveau, connues sous le nom d'encéphalocèles; car j'aurais cité avec plaisir plusieurs observations de M. Dezeimeris, celles de MM. Lallemand, Sanson et Baffos. Je rejetterai également la procidence de l'iris et les hernies du poumon. J'en dirai autant de la rectocèle et de la cystocèle. Ces deux affections sur lesquelles M. Malgaigne a récemment appelé l'attention des chirurgiens, n'ont pas encore été traitées par une méthode opératoire.

Je limiterai ma question aux hernies abdominales congéniales ou accidentelles; j'indiquerai donc les méthodes opératoires qui conviennent aux hernies abdominales en général, et celles qui peuvent convenir plus spécialement à la cure radicale des hernies inguinales, ombilicales et crurales.

PREMIERE PARTIE.

ARTICLE I.

De la compression.

La compression, du temps de Celse, était faite d'une manière très incomplète : l'appareil contentif qu'il employait, étai tune pelote de chiffon cousue à une bande. Souvent par ce moyen, ajoute-t-il, l'intestin était repoussé en dedans et ses membranes s'agglutinaient entr'elles. Il faut arriver jusqu'au fameux Blegny oour constater dans cet art quelques progrès saillants. La destinée de Blegny fut bizarre et malheureuse. Après avoir trouvé accès auprès de Daquin, premier médecin du roi, il ne sut pas profiter de sa position; après avoir abusé de la confiance qu'on avait en lui, il fut mis au fort l'Évêque et de là, quelque temps après, au château d'Angers, où il a été enfermé pendant sept ou huit ans. Il est venu mourir à Avignon, après avoir voyagé en Italie. Devons-nous croire ce que raconte Dionis sur Blegny, ou faut-il réhabiliter sa mémoire, et faut-il le regarder comme victime de la persécution de la compagnie de St-Côme et des maîtr es qui la composaient ? Toujours est-il que si Blegny est l'inventeur des bandages à ressort élastique, c'est un des hommes qui ont rendu les plus gran ds services à

l'humanité. Arnaud les modifia; Heritz Laval et plus tard Mouza proposèrent des pelotes pleines d'air. On ne doit pas surtout oublier que Camper, de Juville et Richter, qui traitèrent la question des bandages dans des mémoires ou des ouvrages spéciaux, insistent sur la valeur de ce moyen thérapeutique; et d'après ce que nous allons citer de Richter, il n'est pas douteux que ce chirurgien célèbre n'ait pensé pouvoir obtenir souvent la cure radicale des hernies par la compression. « Les parties enflammées con-
» tractant aisément des adhérences plus fermes,
» ne pourrait-on pas, dit-il, au moyen d'un ban-
» dage, obtenir sûrement dans la plupart des cas la
» cure radicale, en s'en servant de manière non-seu-
» lement qu'il comprimât le col du sac herniaire,
» mais encore qu'il y produisît une inflammation? Il
» suffirait pour cet effet de serrer un bandage muni
» d'une pelote un peu dure jusqu'à ce que le lieu de
» son application devînt douloureux, et de le laisser
» en place jusqu'à ce que les douleurs devinssent
» considérables et que le malade pût les supporter,
» sans craindre d'autres fâcheux accidents, surtout
» du côté du testicule; après quoi on appliquerait un
» bandage avec une pelote molle et qui n'exercerait
» qu'une pression légère. Je crois que ce serait la
» manière la plus facile, la plus sûre, d'opérer la cure
» radicale; et j'ai de fortes raisons de penser que j'ai
» vu plusieurs personnes qui ont été guéries radicale-
» ment par ce moyen.

M. Fournier de Lempdes cite des observations assez nombreuses de guérison de hernies par des bandages de sa composition, dans son mémoire, publié en

janvier 1829. Il émet l'opinion suivante : « Tout con-
» siste a changer les rapports des ouvertures avec
» les parties qui s'échappent. » Ce principe qu'il a développé est vrai, mais il n'est pas nouveau. M. Fournier divise en trois périodes son traitement, il ne fournit point de preuves anatomico-pathologiques concluantes. Il ne faut pas se rebuter quand on a à choisir parmi les bandages. Astley Cooper a prouvé que l'indication n'était point remplie, dans la pression directe exercée sur les ouvertures aponévrotiques par lesquelles s'opèrent les hernies; c'est en comprimant, comme il le veut, dans la direction du trajet par lequel la hernie s'est opérée; ce qui explique pourquoi les hernies crurales, que l'on peut maintenir réduites, guérissent plus facilement que les inguinales. Il faut, pour que les bandages aient un résultat satisfaisant, qu'ils agissent à la fois sur l'orifice supérieur du canal et sur toute l'étendue de son trajet.

Les bandages anglais remplissent souvent cette indication. Ainsi M. Malgaigne en a appliqué plusieurs, d'après la découverte de Salmon. Ces bandages à pelote mobile ont un avantage dans la plupart des cas; cependant dans les hernies très volumineuses, leur action n'est pas suffisante. Il est donc certain que, la compression convenablement pratiquée, le malade vaquant à ses affaires, guérit quelquefois radicalement: la guérison est plus fréquente chez les enfants que chez les adultes, chez les adultes que chez les vieillards. Cependant nous trouvons dans Ambr. Paré une observation de guérison par la compression, d'une

hernie intestinale complète, chez un homme âge de quarante ans.

C'est qu'vn prestre de Sainct André des Arts, nommé M. Iean Moret, épistolier, c'est à dire, chantant l'Epistre au dimanche, lequel auait vne hargne intestinale complette, se retira vers moy, me monstrant son mal, demandant secours, parcequ'il disoit sentir une très-grande douleur, principalement en chantant son Epistre. Voyant sa greueure, ie luy dy, que véritablement il deuait mettre vn autre en sa place : ce qu'il fit, priant le curé (pour lors nommé monsieur Le Clerc, Doyen de la faculté de théologie) et les marguillers d'en commettre vn autre, leur déclarant son impuissance. Ce que luy estant accordé, se mit entre mes mains, et ie luy ordonnay plusieurs remedes propres à son mal, luy faisant prendre vn brayer, qu'il porta par l'espace de cinq ou six ans : et un iour lui demandant comment se portoit son mal, me fit response qu'il ne sçauoit plus que c'estoit, et qu'il était guary. Ce que iamais ie n'eusse peu croire, si ie ne l'eusse veu. Parquoy l'amenay à mon logis, et vey ses parties genitales sans aucun vestige de hargne Emerueillé grandement comment il auait peu estre guary cognoissant son âge. Or six mois apres que ie l'eu ainsi reuisité, aduint qu'il mourut d'vne pleurésie: et ayant sçeu sa mort, ie m'en allay en la maison dudit curé, en laquelle ledit Moret se tenait, le priant qu'il me permist faire ouuerture du corps mort, afin que i'eusse cognoissance quel bastiment nature auoit fait en la voye où les intestins descendoient : ce que volontiers il m'accorda. Ie proteste à mon Dieu, que trouuay autour du trou de la production du peritoine

vne substance adipeuse de la grosseur d'un petit esteuf, infiltrée et attachée si fort audit endroit, qu'à bien grande difficulté la pouuois destacher sans dilacerer et rompre les parties adiacentes. Et voila la cause pourquoy la guarison s'en estoit ensuiuie. Semblablement i'ay cogneu quelques-vns qui auoient porté le brayer par longues années, sans autre chose estre entierement guaris : estans maigres et puis deuenans gras, les intestins accueillent gresse qui les grossit, de sorte qu'ils ne tomboient nullement aux bourses, et ont laissé de porter le brayer sans aucune recidiue. Ces choses nous monstrent, qu'il ne se faut haster d'oster les coüillons aux pauures garçons. Chose admirable, que nature guarisse des maladies estimées incurables, si elle est tant soit peu aidée. Le principal aide consiste à empescher l'intestin de decendre, pendant qu'elle opere, et faire ce que dessus (1).

On peut donc établir que la compression méthodique seule et permanente peut guérir radicalement les hernies; mais il ne faut pas que le malade quitte son bandage, détache ses sous-cuisses ; il faut que la hernie soit parfaitement maintenue, et, comme l'a fait M. Malgaigne chez un malade qu'il a présenté à l'Académie, il faut refaire les bandages jusqu'à ce que cette indication soit parfaitement remplie ; mais de là résulte une difficulté : les chirurgiens ne sont pas mécaniciens et les mécaniciens ne sont pas chirurgiens, de sorte qu'il est bien difficile de s'entendre avec un bandagiste proprement dit, pour confection-

(1) Ambroise Paré ; Paris, Nicolas BVON, 1614, p. 305 et 306.

ner un bandage. Il faudrait pour ainsi dire que le chirurgien le forgeât et le confectionnât lui-même.

A Paris cependant quelques médecins exercent la chirurgie herniaire avec distinction. Mais on peut affirmer, sans crainte d'être contredit, que sur vingt hernies, soit inguinales, soit crurales, soit ombilicales, il n'y en a pas cinq qui soient maintenues réduites par les bandages dont on se sert le plus généralement; il serait utile cependant que la science voulût bien descendre de son trône élevé, pour faire confectionner de bons bandages; car, comme le dit Sabatier dans sa *Médecine opératoire* : le bandage peut procurer la cure radicale des hernies.

ARTICLE II.

De la position.

Si le malade affecté de hernie est tenu couché et fait peu de mouvements, surtout si son âge n'est pas trop avancé et qu'il reste couché sur le dos, si la hernie est récente, après deux ou trois mois de décubitus, la tête sur le même plan que le reste du corps, la hernie pourra ne plus reparaître. Plusieurs chirurgiens célèbres partagent cette opinion; je citerai particulièrement : Ambroise Paré, Fabrice de Hilden, Arnault. En 1831, M. Ravin l'a préconisée: il a cité neuf cas de guérison; il y a eu deux cas de récidive. M. Sanson a eu aussi plusieurs succès; nous trouvons dans la *Gazette médicale* de janvier 1840, un cas de guérison radicale par la position hori-

zontale employée par Biagini sur un homme de trente-deux ans, qui, portant une hernie, entra à l'hôpital pour se faire traiter d'un rhumatisme, resta trois mois au lit avec un bandage; mais cette méthode, ce moyen de traitement, que l'on peut appeler auxiliaire, serait insuffisant si l'on n'y joignait la compression méthodique directe ou indirecte à l'aide d'un bandage. Ainsi, on peut dire qu'il est plus avantageux pour le traitement radical des hernies par la méthode compressive, de l'employer quand le malade est couché que quand il vaque à ses affaires.

Aussi à l'exemple de Paré, il faudrait employer simultanément la compression, la position et les topiques.

ARTICLE III.

Topiques.

Cautérisation potentielle. — Tous les chirurgiens du moyen-âge et ceux de la renaissance, avaient un emplâtre contre les hernies, emplâtre *contrà rupturam*; nous en trouvons la recette dans Ambroise Paré, Guy de Chauliac et dans Dionis. Fabrice de Hilden a conseillé le cérat de brique, Verduc les sachets au vinaigre, le bois de santal, la tormentille.

Emplâtre contra rupturam *de Guy de Chauliac.*

« Poix de navire 5 onces; colophane 6 onces; litharge, ammoniac, oppoponac, galban édellion, mastic thérébentine, de chacun 1 once; bol arménien

sang-dragon, plastre, encens, sarcocolle, aloès succotrin, mumie, alistolochie, centaurée, des deux cousoudes, sumac, berberis, noyx de cyprés, galle, essence de grenade, vers de terre, de chacun 2 onces; sang humain 1 once; glu de poisson, guy de chêne, de chacun 1 once et demye; peau de bélier, cuicte en eau de pluye et vinaigre tant qu'elle soit fondue, demye-livre. Les gommes soyent détrempées en vinaigre, et tout soit confit avec les-dictes glueurs fondues et en soit fait emplâstre. »

« On a beaucoup parlé du remède du fameux prieur de Cabrières, qui vint en 1680 à la cour de Louis XIV, auquel il déclara son secret pour guérir les hernies, priant instamment sa majesté de ne le rendre public qu'après sa mort; le roi lui tint parole, et confectionna lui-même le remède; le roi demandait cinq sortes de drogues qu'il spécifiait à ses apothicaires; comme ce remède ne consistait que dans le mélange d'un esprit de sel avec du vin, Sa Majesté ne se servant que de l'esprit de sel, faisait jeter secrétement les autres drogues. De ceux qui ont pris ce remède, les uns ont assuré en avoir été guéris ou soulagés, les autres ont dit qu'il ne leur avait rien fait, ce qui montre que ce remède est dans les différentes personnes qui en usent d'une vertu inégale, comme les autres, et qu'il n'est point infaillible; on doit dire du reste qu'on l'employait généralement en même temps qu'un bandage à ressorts, et un emplâtre astringent. On sait la faveur qu'obtint sous le patronage de Fagon, de Boudin et de Félix, médecins et chirurgiens de Louis XIV, l'emplâtre de mademoiselle Devaux, veuve d'un maître chirurgien de Paris. Dionis dit que la réputation de ce remède ne s'est

pas soutenue, et que le public a trouvé que les médecins et chirurgiens du roi avaient donné leur approbation un peu trop légèrement » (1).

On doit ranger également parmi les moyens topiques, la cautérisation soit par la pâte de Vienne soit par la potasse caustique ; l'acide sulfurique, le beurre d'antimoine. Peut-on admettre que ces différents moyens, en enflammant la peau directement, puissent déterminer l'inflammation adhésive du péritoine, et par suite de cette inflammation, l'adhérence des deux feuillets entre eux, et l'oblitération du sac herniaire? On comprend du reste que cette oblitération ne détermine pas toujours la guérison des hernies; car l'oblitération du collet du sac peut avoir lieu, et une nouvelle hernie se produire avec un nouveau sac qui poussera devant lui celui qui est en partie oblitéré. On ne peut dissimuler du reste que certains emplâtres, certains médicaments n'aient une influence directe sur les tissus sous-jacents; mais je pense que l'on doit rejeter tous les moyens emplastiques qui peuvent déterminer une escharre qui pénétrerait jusqu'au sac, et en comprendrait une partie; à ces moyens, qui sont bien moins efficaces que la compression et que la position, il faut joindre ces deux méthodes curatives; ainsi il faut réunir la compression, la position aux moyens topiques. En 1827, M. Beaumont a employé avec succès la compression, et les sachets opiacés et ammoniacaux. M. Desplats a obtenu dans ces derniers temps un assez grand nombre de succès, joignant aux moyens

(1) Dionis, démonstrations de chirurgie.

mis en usage par M. Beaumont la position recommandée par M.Ravin, M. Jalade Lafond emploie des pelotes perforées et médicamenteuses. Ainsi l'on peut employer ces trois modes de traitement séparément. Mais sans la position et la compression, les moyens topiques seront illusoires. La position sans la compression pourra souvent ne pas réussir, et être inutile; la compression sans auxiliaire, est le moyen le plus puissant; mais, employée en réunissant ces moyens qui se prêteront ainsi un mutuel secours, on aura bien plus de chance pour obtenir la cure radicale des hernies.

ARTICLE IV.

MÉTHODE DE M. LEROY D'ETIOLES.

Invagination sans suture.

M. Leroy d'Etiolles a voulu faire, comme M. Gerdy, l'invagination de la peau; mais sans la maintenir à l'orifice supérieur du trajet herniaire par un point de suture. Pour arriver à ce résultat, il applique sur l'anneau inguinal un vésicatoire. Pour que ce vésicatoire soit d'une forme et d'une grandeur convenables, il commence par repousser la peau dans l'anneau avec le doigt indicateur, qu'il porte aussi loin que possible; il fait une marque avec de l'encre sur le rebord du froncis de la peau; puis, faisant revenir la peau, guidé par les traces de l'encre, M. Leroy taille son vésicatoire.

Dans quelques circonstances, il laisse au centre de la peau invaginée une portion de la largeur d'une

pièce d'un franc; sur cette partie il applique une rondelle en gomme élastique ou en parchemin, que soutient une tige métallique. Il se sert de ce moyen pour refouler dans l'anneau, aussi haut que possible, la peau dénudée qui, par le moyen de ce support adapté à la pelote d'un bandage, est maintenue quelques jours dans ce nouveau trajet. Lorsqu'il pense que des adhérences se sont formées entre les plis de la peau envaginée, il retire la tige, laissant au fond du trajet fistuleux la rondelle en caoutchouc qui fait bouchon. Ce trajet lui-même est touché avec de l'ammoniaque.

Pour empêcher plus sûrement encore la reproduction de la hernie, il remplace la tige et la rondelle par un petit pessaire, dont le champignon lisse et poli est soutenu par un fil de platine tourné en spirale, faisant ainsi un ressort qui se développe dans le trajet. Cette spirale, resserrée avec une pince quand c'est nécessaire, prend son point d'appui sur un bandage. Ce procédé, qui s'applique plus spécialement aux hernies directes, ne nécessite pas l'adhérence de la peau.

Ces deux procédés appartenant à M. Leroy d'Etiolles, ne nous paraissent pas devoir constituer une méthode ayant une valeur thérapeutique efficace; parce que l'action déterminée par ce mode opératoire n'agit que sur les couches superficielles de la peau, et non sur les couches profondes. Nous pensons qui si la hernie ne se reproduit pas momentanément après cette opération, elle ne manquera pas de se faire sitôt que le malade ne portera plus de bandage; et nous croyons cette méthode insuffisante. Cependant l'invention de son pessaire est ingénieuse.

DEUXIÈME PARTIE.

MÉTHODES OPÉRATOIRES PROPREMENT DITES.

Introduction.

Quand nous ouvrons les livres de Paul d'Egine, des chirurgiens arabes, et de quelques-uns de la renaissance, nous sommes effrayés des opérations terribles qu'ils faisaient subir : tantôt ils brûlaient les parties, tantôt ils divisaient le testicule par morceaux, tantôt ils le liaient. Quand on songe qu'ils trouvaient des patients assez stupides pour se soumettre à de pareilles opérations, on se demande pourquoi l'humanité est condamnée à une ignorance dans laquelle elle semble se complaire. D'après le rapport de Poultier de la Salle et de Vicq d'Azyr, fait à la Société royale de médecine en 1779, l'intendant de police de Paris déclare que beaucoup d'individus qui venaient passer à son inspection pour entrer au service militaire, avaient été privés de l'un ou des deux testicules, par des opérateurs ambulants. L'évêque de Saint-Papoul avait trouvé que plus de cinq cents enfants avaient été châtrés dans son diocèse, et avait fait à ce sujet de justes réclamations ; plus de deux cents avaient été mutilés à Breslaw. On voit aussi que la castration était encore quelquefois pratiquée, à l'époque où Sabatier a publié son traité d'opérations, en 1796.

ARTICLE I.

Cautérisation.

On a cherché à obtenir l'oblitération des ouvertures herniaires, par le moyen de la cautérisation ; cette opération se pratiquait de deux manières ; les parties contenues étant réduites, les parties ne l'étant pas. C'était surtout par des caustiques potentiels que l'on pratiquait la première de ces opérations. La Condamine en mourut victime, et dans la personne de Gautier et de Maget l'académie royale de Chirurgie a condamné cette méthode. Les Arabes, Roger de Parme, Guy de Chauliac, Ambroise Paré ont employé le fer rouge ; d'après Franco, Albucasis, Alcabal, Roger, Théodoric, on réunissait l'incision, la cautérisation.

« L'incision estant faitte fera sortir le testicule par
» icelle, le tirant (car on aura fait l'incision sur iceluy)
» avec force par laquelle il soit descharné et le didyme
« séparé du scrotum : et estant tiré du didyme selon
» la rupture, comme avons dit dessus, on mettra la
» tenaille, et le couldra-on ; puis on l'incisera, et cau-
» terisera, et seront lachez les filets longs : en la sorte
» qui a été ci-devant exposée. »

Autrement. — « Premièrement après avoir situé le
» patient ainsi que dessus, le testicule sera mené sur

» l'os du pénil, et là dessus le lieu marqué selon la
» quantité et grandeur du testicule avec quelque tein-
» ture : puis ledit testicule soit ramené bas en son
» propre lieu. Ce fait, on cauterizera avec cautère corbe
» au milieu, ou la teincture aura été faite de travers
» côtinuant la cautérization par tant de fois, que l'on
» vienne jusqu'à l'os du pénil, afin que tout didyme
» soit tranché. Il me semble que ceste façon ne peut
» estre sans inconvénients à cause que le testicule de-
» meure enclos en l'oscheum, ou scrotum : lequel
» n'ayant nourriture ne peut venir à putréfaction : et
» par ce moyen causer inflammation. D'avantage il ne
» peut estre qu'il n'y ayt défluxion de matière au scro-
» tum et didyme : laquelle n'ayant passage pour s'éva-
» cuer, vient nécessairement à suppurer, ou bien s'en-
» súyvent autres accidents périlleux, sinon elle se
» flétrit. » Pierre Franco (1).

Roger et Guy de Chauliac préfèrent la cautérisation aux autres méthodes. Théodoric et Avicenne préfèrent le cautère potentiel ; Guy de Chauliac dit « qu'il ne » veit onques celui avec qui il pratiquait faire cure en » moins de temps que celle qu'il avait veu faire au » sire Loys de Bresiaco de Vienne en Dauphiné qui » après la première ouverture du didyme il y mettoit » cautère courbe dit cutellaire. »

La cautérisation superficielle, la vesication réunies à la position et à la compression pourront être employées, mais la cautérisation profonde avec les caustiques ou le fer chaud doit être rejetée comme dangereuse.

(1) Pierre Franco, 1561.

Article II.

Méthode de l'incision.

JEAN-LOUIS PETIT.

L'incision est une opération qui consiste à faire la division de toutes les enveloppes du sac. Celse rapporte que quelques Chirurgiens faisaient aux enveloppes une incision en forme de feuille de myrte, c'est-à-dire une opération qui tenait le milieu entre l'incision simple et l'excision.

L'incision pure et simple fut préconisée par Lieutaud et Leblanc. Jean-Louis Petit l'a pratiquée avec peu de succès. Acrel, Sharp, Pott ont été témoins d'accidents fort graves et souvent de la mort des malades. Sur ce point l'expérience de Jean-Louis Petit est décisive; la candeur avec laquelle il avoue la terminaison malheureuse des opérations qu'il a pratiquées, fait que ce chirurgien célèbre restera comme un modèle ; car ceux qui dissimulent leurs fautes, et qui mentent à leurs contemporains et à la postérité pourront bien servir leur fortune personnelle, mais ne mériteront jamais la reconnaissance de la postérité. Nous citerons ici l'autorité de ce maître célèbre : « Nous nous » réduirons donc à ne faire l'opération aux hernies que » lorsque les parties sont étranglées; les observations » suivantes m'ont fait trop d'impression pour conseiller » de la faire, comme les anciens, dans la vue seule de » guérir radicalement la hernie: je me rappelle avec » douleur de l'avoir faite deux fois, et je l'ai vu prati-

» quer trois fois par des confrères, sans compter plu-
» sieurs récits que quelques-uns m'ont fait, de ce qu'ils
» ont vu eux-mêmes. »

« Je ne suis pas le seul qui ait observé que les
» opérations faites aux hernies sans étranglement,
» n'ont pas de suites si heureuses que celles qui
» sont faites aux hernies étranglées; plusieurs de
» mes confrères m'ont assuré l'avoir remarqué plu-
» sieurs fois » (1).

Sans admettre le dernier corollaire de J.-L. Petit, d'après son opinion et les faits qui ont été observés depuis nous sommes autorisés à rejeter cette méthode.

ARTICLE III.

POINT-DORÉ. SUTURE ROYALE.

Méthode de l'excision.

DIONIS. FRANCO.

Pratiquée du temps de Celse, cette opération consiste à disséquer et à resséquer les parties; cependant pour en avoir une idée juste, il faut y rattacher une portion de l'historique de la cure radicale des hernies. Je citerai ici, de préférence, Dionis, qui résume d'une manière assez complète les opérations qui ont été pratiquées avant lui; on ne peut séparer l'excision et l'incision de la suture royale et du point doré.

Celui qui crut avoir le mieux réussi dit qu'il faut faire avec le bistouri droit une incision longitudinale dans

(1) Jean-Louis Petit.

l'aine, qui suive le chemin que font les vaisseaux spermatiques; qu'ayant découvert, avec cette feuille de myrte, dont le bout est en détachement pour s'en servir en cas de besoin, la production du péritoine qui les enferme, il la faut coudre dans toute sa longueur, y faisant la suture du pelletier avec cette aiguille droite, enfilée d'un fil ciré; que par ce moyen on rétrécit cette production trop dilatée, et on empêche l'intestin de s'y glisser. Celui qui a inventé cette opération l'appelle irréprochable, parce qu'elle conserve les vaisseaux et le testicule dans leur entier; il lui a donné le nom de royale, parce qu'en conservant les parties, elle laisse la liberté au testicule de faire sa fonction, qui est de donner des sujets à son roi. Je n'ai jamais vu pratiquer cette opération, et je ne la crois pas aisée à faire; car je ne puis pas m'imaginer qu'on puisse rétrécir la production du péritoine avec la même facilité qu'on ferait un doigt de gant qui serait trop large. Thévenin lui-même, qui nous en donne la description, avoue qu'elle est difficile et sujette à récidive.

D'autres se sont persuadé qu'il serait plus avantageux de faire une opération qu'on appelle le point doré; mais elle n'a pas moins de difficultés que la précédente; vous en jugerez : ils veulent que le malade, étant couché sur une table, la tête plus basse que les fesses, on lui fasse une incision transversale dans l'aine, assez profonde pour découvrir les vaisseaux spermatiques contenus dans le prolongement du péritoine, en évitant de les offenser; et qu'ensuite on prenne cette aiguille courbe emmanchée qu'on aura enfilée d'un fil d'or, pour la passer par-

dessus les vaisseaux et sa production; puis, ayant défilé l'aiguille, on tourne le fil d'or avec cette pince, deux ou trois tours, en prenant garde qu'il ne perce point trop les vaisseaux, et qu'il permette au sang de couler dans leurs cavités; on coupe les extrémités du fil avec cette tenaille incisive, et on le reploie pour le laisser dans la plaie, faisant en sorte que ce qui est reployé ne blesse point les parties. Ils veulent qu'on travaille à cicatriser la plaie où ils laissent le fil d'or; et ils disent que souvent le fil tombe de lui-même, et que la plaie étant cicatrisée on est parfaitement guéri de la descente.

Ceux qui substituent un fil de plomb à la place du fil d'or pensent avoir mieux rencontré, disant que le plomb est ami de l'homme, et que n'étant pas si pointu que le fil d'or, il peut rester renfermé dans la plaie sans blesser.

Les fils d'or et de plomb sont désapprouvés par quelques-uns, qui veulent qu'on se serve d'un gros fil de chanvre ciré, qu'on passe deux fois autour des vaisseaux sans trop le presser, et que l'ayant lié et coupé proche le nœud qu'on en aura fait, on le laisse dans la plaie qu'on fera cicatriser au plus tôt.

Les sectateurs de ces opérations prétendent que ces fils d'or, de plomb ou de chanvre, serrant la production du péritoine, empêchent l'intestin ou l'épiploon d'y tomber, et qu'ainsi elles se doivent pratiquer à toutes les hernies faites par dilatation. Mais puisqu'il nous est permis de réfléchir sur ces opérations, nous dirons qu'il peut arriver deux inconvénients très-fâcheux, soit que le fil demeure dans la plaie, soit qu'il en sorte.

Le premier, c'est que dans un effort l'intestin trouvant toujours les anneaux des trois muscles de l'abdomen dilatés pour le laisser sortir il peut se nicher entre la ligature et les anneaux, et y faire une hernie incomplète et même un étranglement, et quoi qu'on fasse la ligature le plus proche possible, comme le prescrivent les auteurs, des efforts violents pourront toujours repousser cette ligature, et la faisant descendre laisser la liberté aux parties de se loger dans le domicile qu'elles s'étaient fait.

Le second accident qui arrive infailliblement si le fil sort de la plaie, c'est qu'en ce cas il doit avoir coupé les vaisseaux, et par conséquent ôté la communication qu'ils avaient avec le testicule, qui devenant par là inutile, châtre un homme, et le rend impuissant sans une nécessité absolue; ces considérations doivent empêcher les chirurgiens de les mettre en pratique.

On a encore raffiné sur ces opérations, et il y en a qui, afin d'épargner l'incision qu'on faisait pour découvrir la production du péritoine, prennent une aiguille courbe, enfilée d'un gros fil de chanvre bien ciré, et ayant passé l'aiguille proche des anneaux pardessous la production du péritoine, lient les deux bouts du fil sur une petite compresse, et les serrent de temps en temps, jusqu'à ce que le fil ait coupé ce qu'il embrassait, et qu'il tombe de lui-même. Cette opération ne doit pas être moins condamnée que les précédentes, parce qu'elle coupe et ruine les vaisseaux qui rendaient le testicule propre à la génération.

Une personne de la première qualité a néanmoins produit depuis peu à la cour un de ces opérateurs, et l'honorant de sa protection le vante comme un homme

incomparable, qui guérit toutes sortes de descentes; mais en bonne justice de tels empiriques mériteraient une punition exemplaire.

Quelques auteurs nous disent qu'on obtient la guérison de ces descentes par la chirurgie en deux manières : la première en conservant le testicule, et la seconde en ôtant le testicule.

Pour la première manière, ils nous proposent les quatre ou cinq opérations que je viens de vous faire voir. Mais est-ce conserver le testicule que de lui ôter ses fonctions?

La seconde est d'ôter le testicule, et voici comment ils s'y prennent. On fait dans l'aine une incision qui découvre les vaisseaux, et passant le doigt par dessous, on fait sortir par la plaie le testicule enveloppé de ses membranes; on lie les vaisseaux le plus proche des anneaux que faire se peut; on les coupe ensuite un demi-doigt au-dessous de la ligature; on laisse le bout du fil assez long pour le retirer quand la nature le sépare, en traitant la plaie à l'ordinaire. Cette manière empêche certainement que la hernie se produise; mais il est peu de gens qui aux dépens de leurs testicules demandent la guérison de cette infirmité.

Les opérateurs ambulants sont adroits à séparer ces organes sans que les spectateurs s'en aperçoivent; ils font la ligature des vaisseaux avant de tirer le testicule hors du scrotum, et avec leur petit doigt passé par dessous ces vaisseaux qu'ils coupent, ils le font sortir et le cachent dans leur main pour le mettre dans leur gibecière sans être vus. On a connu un de ces opérateurs qui ne nourrissait son chien que de testicules : le chien se tenait sous le lit ou sous la table,

proche sou maître, en attendant ce morceau friand dont il le régalait aussitôt après qu'il en avait fait l'extirpation à l'insu des assistants qui auraient juré que le patient avait toujours ses parties.

Les testicules sont des parties si nécessaires à l'homme qu'on ne doit les ôter que dans une nécessité très-pressante; c'est pourquoi on condamne ces sortes d'opérations comme contraires aux lois divines et humaines (1).

Il ne faut pas cependant accepter sans critique l'opinion de Dionis; aussi je lui oppose le texte de Franco :

« Il y a vne autre maniere de proceder en la guarison des hernies intestinales en conseruant les testicules et autres parties dediees à la generation qu'on apelle le poinct doré, laquelle se peut faire facilement tant soit grande la rupture. Ce que i'ai experimenté y procedant comme sensuit. Ayant fait l'incisision au lieu qu'a esté dit au chapitre precedant, et ayant tiré le didime à suffisance, en obseruant toutes les choses qui ont este dictes audit chapitre, ie metz la tenaille petite que iay dessus descripte, en sa plus haute partie, et la tiens bien ferme, puis i'ay vn fil d'or de ducat ou d'autre or semblable de la longueur de deux doigtz et de la grosseur d'vne grosse espingle, lequel est poinctu d'vn des boutz, puis ie diuise en mon esprit la largeur du didime en quatre parties esgualles comme i'ay dit, et passe mon fil par la fin de la premiere partie et commencement de la seconde, en le repassant par la fin de la troisieme et commencement de la quatrieme partie me donnant garde de toucher aux vaisseaux spermati-

(1) Dionis, Traité des opérations chirurgicales.

ques. Cela fait, ie le retourne passer derechef par la fin de la premiere partie, puis ie le passe plusieurs fois par dessous le premier fil, comme si de deux ie vouloies faire vn aneau tors. Et puis ie le repasse par la fin de la troisieme partie (comme a asté dit) par le pertuis mesme, et le passe par dessous l'autre fil par plusieurs fois, tellement que ie comprens auec mon fil la moytie du didime : combien qu'il ny a point de danger d'en comprendre dauantage, afin que les vaisseaux spermatiques passent plus aysement, moyenant toutesfois que les intestins ne puissent passer. Or ayant ainsi fait deux tours auec le fil d'or ie replie ces deux boutz l'vn auec l'autre bien ferme auec des petites tenailles propres à cela, comme font ceux qui font des chainettes et mailles les ayant premierement bien limez et apres aussi, de pour qu'ilz n'vlcerent la partie quand ilz seront remis dedans.

Toutes ces choses paracheuees il faut remettre le didime dedans, et proceder au reste comme a esté dict. (1) » — On ne peut dissimuler, du reste, que ces différents procédés du point doré peuvent avoir inspiré quelques inventions modernes.

ARTICLE IV.

PAUL D'ÉGINE.

Méthode de la castration.

Nous avons vu que dans plusieurs procédés de

(1) Pierre Franco, 1556.

cautérisation ou de ligature le testicule se trouvait intéressé ou même détruit ; ici on se propose de couper le cordon testiculaire et d'emporter l'organe sécréteur du sperme, afin qu'une cicatrice solide s'établisse à l'ouverture de l'anneau, et que le passage des intestins soit fermé. Paul d'Egine est le premier qui nous ait transmis la description de cette barbare mutilation pour la guérison des hernies. Il réduisait d'abord la hernie, faisait tendre la peau de l'aine, et pratiquait une incision transversale dans cette région. Cette incision étant tenue écartée avec ses crochets, il isolait le sac péritonéal, glissait le doigt dans la plaie pour détruire toutes les adhérences, et redoublant l'extrémité inférieure du scrotum, il faisait saillir le testicule en dehors, et disséquait ses adhérences. Avant de l'emporter, il passait à travers la partie du sac la plus rapprochée de l'anneau une aiguille enfilée d'un fil double dont il liait les extrémités deux à deux de chaque côté, de manière à étreindre le cordon et le sac. Une seconde ligature semblable était appliquée au-dessus, à deux doigts de la première, et l'on coupait à la fois le testicule et le sac.

Pour en finir il pratiquait une contre-ouverture à l'extrémité inférieure du scrotum, y plaçait une tente et faisait des embrocations d'huile tiède. Quelques chirurgiens, dit-il, cautérisent le péritoine coupé ; d'autres dans le but de prévenir les accidents, emploient les bains répétés jusqu'à cinq fois par jour ; Paul trouve cette pratique excellente.

Guillaume de Salicet s'indigne contre les chirurgiens stupides et ignorants qui emportent le testicule ; il trouve bien préférable de pratiquer sur le didyme

et le cordon deux ligatures à un doigt d'intervalle, de couper entre les deux, de cautériser et d'attendre la chute du testicule. Cette méthode n'a, du reste, jamais joui d'une grande faveur auprès des chirurgiens éclairés; Guy de Chauliac en fait foi; elle n'était employée de son temps que pour la grande rompure; plus tard elle fut entièrement proscrite : déjà nous voyons J. de Vigo l'abandonner aux chirurgiens ambulants (*vagabundis et peregrinantibus chirurgis*), qui allaient de ville en ville pratiquer la castration, la taille et la cataracte. Toutefois cet auteur la décrit pour être complet. Son procédé diffère peu de ceux des autres auteurs; seulement il parle de coudre le didyme, *suturâ quâ vestes suuntur à sartoribus,* ou de le lier.

On coupait à un travers de doigt au-dessus de la suture ou de la ligature, et on cautérisait avec le fer rouge.

Au milieu de cette réprobation, il est pénible de voir un homme comme Franco soutenir la castration dans le cas de hernie complète, et même imaginer un nouveau procédé pour la pratiquer. Ce chirurgien incisait le scrotum par sa partie inférieure, disséquait en remontant le didyme, et terminait l'opération comme Paul d'Egine; seulement il cautérisait la plaie du cordon testiculaire avec de l'huile bouillante, pour éviter l'hémorrhagie; plus loin, il parle des chirurgiens qui liaient le cordon et faisaient tirer sur la ligature par deux hommes, de manière à y éteindre la vie; ils laissaient le testicule hors de la plaie pendant quelques jours et le coupaient ensuite. Franco blâme cette manière d'agir et préfère la sienne.

Amb. Paré se montre encore plus opposé aux *chastreux* dont il flétrit la honteuse cupidité et rejette avec indignation les cruelles manœuvres. Dans son *Pentateuque chirurgical* et dans son *Traité des opérations*, F. d'Aquapendente traite de la castration, qu'il décrit dans les deux articles de la même manière; mais avec plus de détails dans les opérations (c'est le procédé de Paul d'Egine) : moins scrupuleux que Vigo et Paré, il ne la proscrit pas entièrement, bien qu'il la regarde comme mortelle.

Pigray la regarde comme une ressource extrême, et après avoir décrit en peu de mots la manière de la pratiquer (incision longitudinale, ligature en masse et section au-dessous sans cautérisation), il termine en disant : « Le chirurgien dogmatique laissera » cette opération à ceux qui sont accoutumés de la » faire. »

Vigier la rejette plus explicitement; mais Thevenin semble l'approuver, tout en reconnaissant qu'elle est périlleuse. « Elle est néanmoins la meilleure, dit-il, en ce qu'elle est, en effet, plus durable et qu'elle empêche la rechute. »

Sa description est calquée sur celle de Brunus; seulement il ne cautérise pas. Il faut, suivant notre auteur, se bien garder d'ouvrir la production du péritoine, car alors les intestins sortiraient par la plaie, et lier le plus haut possible, afin de ne pas laisser au-dessus de la ligature un sac assez long pour que l'intestin vienne s'y loger; il se formerait alors une hernie de l'espèce de celles que les chirurgiens du temps désignaient sous le nom assez singulier de *botifare*. Scultet décrit la castration, mais sans l'approuver; il lui préfère même le brayer et les astringents.

Après Thevenin, tous les auteurs, Dionis à leur tête, sont unanimes pour rejeter la castration, dont ils ne veulent entendre parler que dans le cas de dégénérescence du testicule. Nous n'insisterons pas plus longtemps sur une opération qui, même dans le moyen-âge, a trouvé d'énergiques adversaires, et qui, au commencement du dix-huitième siècle (1710 et 1735) fut punie par les magistrats, comme on le voit dans l'Histoire de l'Académie de chirurgie, à l'occasion d'un compte rendu sur la dissertation d'Heister, intitulée *Dissert. medico-politica inauguralis de kelotomiæ abusu tollendo* (1). »

ARTICLE V.

Méthode du refoulement du testicule dans l'anneau et du pelottement du sac.

MOINICHEN ET GARANGEOT.

Henry Moinichen, médecin du roi de Danemarck, qui écrivait vers le milieu du 17e siècle, et qui a voyagé dans le midi de l'Europe, rapporte que les Espagnols ont inventé une nouvelle façon de guérir « les hernies » intestinales sans en venir à l'amputation du testi- » cule : faisant une simple incision le long de la pro- » duction du péritoine qui est dilatée, après laquelle » ils repoussent le testicule de la partie offensée dans » la cavité de l'abdomen, faisant ensuite le point doré » et consolidant la plaie. Mais, ajoute H. Moinichen, » parce qu'après cette opération ceux qui l'ont souffert » deviennent *entièrement stériles*, si elle est faite

(1) Baugrand, Essai historique sur la cure radicale des hernies.

» des deux côtés, on a envoyé à Rome pour savoir » s'ils se pourraient marier, comme étant incapables » d'engendrer; mais on n'a pas encore eu la solu- » tion. » Il est remarquable que dans le même temps Scultet engage les jeunes chirurgiens à ne pas imiter les anabaptistes en Moravie, « qui entreprennent à » guérir l'entérocèle bouchant le trou du péritoine » avec le testicule poussé dans sa cavité après la ré- » duction de l'intestin. »

Scultet combat cette méthode par d'excellentes raisons: « Les habiles chirurgiens, dit-il, n'ap- » prouvent pas cette façon de guérir, soit parce » que, si le trou est plus grand que le testicule, il » ressort facilement, en sorte que le malade n'est » pas plus soulagé qu'auparavant, soit parce que, » si le testicule est plus gros que le trou, étant » pressé, il souffrira une douleur qui sera suivie d'in- » flammation, de stérilité ou de la mort même. » Je noterai cette circonstance de la stérilité après cette singulière opération. Scultet y insista beaucoup: il a connu des personnes qui y ont été soumises et qui, dit-il, *ont eu un mariage stérile et plein de querelles*. Je suis entré dans quelques détails sur cette méthode, parce qu'elle est peu connue, et qu'elle rentre dans les principes qui ont dirigé M. Gerdy dans l'invention de son procédé (1).

Garengeot conseille, dans son traité d'opérations, aussitôt que la hernie est faite, d'entasser le sac en un petit bloc, et de le mettre dans l'ouverture même de l'etranglement et par-dessus une petite pelotte qu'il a imaginée. Dans certaines hernies crurales ou ingui-

(1) Beaugrand, Essai historique sur la cure radicale des hernies.

nales, dont le sac est très mobile, ce précepte est bon à prendre en considération.

ARTICLE VI.

Méthode de l'oblitération des ouvertures herniaires par autoplastie ou par introduction d'un corps étranger.

MM. JAMESON ET BELMAS.

Les méthodes qui ont été précédemment décrites, ont toutes pour but d'oblitérer les ouvertures herniaires, en déterminant une inflammation et la formation d'un tissu inodulaire aux dépens des tissus qui se trouvent dans les ouvertures elles-mêmes ou dans leur voisinage. Dans celles qui me restent à faire connaître, on oblitère directement ces ouvertures en y interposant une sorte de bouchon organique. Déjà Garengeot avait conseillé de pelotonuer dans l'anneau aponévrotique le sac herniaire, en le pinçant à travers ces téguments sans les ouvrir : opération tout à fait impossible dans la plupart des cas.

Dans ces derniers temps, deux chirurgiens ont cherché à produire directement le bouchon organisé par deux méthodes qui leur sont propres.

La première a été imaginée par M. Jameson de Baltimore. Une dame à laquelle il avait été obligé de pratiquer l'opération de la kélotomie pour une hernie crurale étranglée, voyant quelque temps après la maladie reparaître, et en ayant conçu beaucoup de chagrin, vint lui demander de la guérir, à tout prix,

radicalement de sa maladie. Vaincu par les instances de cette dame, M. Jameson se décida à tenter l'opération suivante : après avoir mis l'anneau crural à découvert, il tailla, aux dépens des téguments voisins, un lambeau allongé en forme de lame de lancette, de deux pouces de long et de dix lignes de large à sa base qui était libre, le disséqua, le renversa vers l'anneau dans lequel il l'introduisit, et l'y fixa en réunissant la plaie au moyen de quelques points de suture. La malade guérit, le lambeau s'étant probablement réuni comme celui que l'on renverse pour réparer la perte du nez ou celle des lèvres ou des joues.

On sent que cette opération a besoin d'être répétée pour qu'on puisse en assigner la valeur réelle. Quoi qu'il en soit, si l'expérience venait à prouver qu'il est facile d'oblitérer ainsi l'anneau crural par un bouchon animal, il vaudrait peut-être mieux, lorsque l'on est appelé à lever l'étranglement d'une hernie crurale, se servir du sac lui-même pour oblitérer l'ouverture, afin de prévenir le retour du mal. Dans ces hernies, en effet, il est presque toujours très facile d'isoler le sac de toutes parts avec le doigt, et il suffirait de le rouler sur lui-même et de le renverser pour le placer dans l'ouverture, ainsi que cela a été exécuté, et de l'y fixer par le rapprochement, au moyen de quelques points de suture, des lèvres de la plaie extérieure.

L'autre méthode est de l'invention de M. Belmas. Au moyen d'une canule courbe armée d'une pointe à l'une de ses extrémités, ce chirurgien traverse de part en part les enveloppes de la hernie préalablement débarrassées par le taxis de la présence des viscères ; l'instrument plongé de dehors en dedans, vers la par-

tie la plus éloignée du pédicule de la tumeur, traverse ses enveloppes et pénètre dans la cavité du sac; la pointe est alors conduite le plus près possible du col de cette poche, et par conséquent de l'ouverture aponévrotique, et traverse de nouveau toutes les parties pour sortir à travers les téguments dans le lieu correspondant. A l'autre extrémité de cette canule est fixée une poche en baudruche très fine et vide; la canule, tirée de dedans en dehors, fait pénétrer cette poche dans la cavité du sac, en l'entraînant comme une aiguille entraîne le fil passé dans son chas, et bientôt la partie de cette poche sur laquelle est vissée la canule vient sortir par la seconde plaie, tandis que le corps de la poche reste fixé dans la cavité du sac près de l'orifice de son col. La canule sert alors à remplir d'air le sac en baudruche, qui se trouve ainsi transformé en une sorte de petit ballon. Des expériences nombreuses faites par M. Belmas sur les animaux vivants, lui ont appris que ces corps abandonnés dans les cavités séreuses ne tardent pas à s'y fixer, à déterminer la sécrétion d'une espèce de lymphe qui traverse leurs parois, s'épanche dans leur cavité en se combinant avec leur tissu, et s'organise de manière à le transformer en un noyau solide. C'est en partant de ces faits que cet ingénieux chirurgien a pensé à les appliquer à la cure radicale des hernies; le noyau organique en lequel se transforme le sac de baudruche étant, en effet, bien propre à s'opposer efficacement à la reproduction de la maladie.

Sur quatre essais consignés dans le mémoire de M. Belmas, l'un a pour objet une hernie inguinale ancienne affectant un vieillard de soixante-

quatorze ans ; un autre, un jeune homme de quatorze ans affecté d'une hernie inguinale congéniale compliquée d'hydrocèle ; le troisième, une hernie ombilicale affectant une fille de vingt-huit ans ; le quatrième, un homme âgé de cinquante-sept ans affecté d'une hydrosarcocèle ; un cinquième, recueilli depuis la publication du mémoire, a pour sujet un homme de soixante ans affecté d'une hernie inguinale double.

La première opération a seule complètement réussi sans accidents.

Le sujet de la seconde observation a éprouvé des accidents graves d'inflammation auxquels il a failli succomber, mais enfin il a guéri.

Le sujet de la troisième est à la vérité guéri, mais l'indocilité de la malade ayant obligé le chirurgien à retirer la baudruche après quelques heures de séjour seulement, il est évident que la guérison a été due, dans ce cas, à l'inflammation du sac qui a été manifeste, et qui aurait pu être provoquée par tout autre moyen, et non au travail d'organisation d'une lymphe épanchée, ainsi que se le proposait M. Belmas.

Le sujet de la cinquième opération est mort des suites d'un erysipèle phlegmoneux qui, de même que l'inflammation intestinale dont a été attaqué le sujet de la seconde, peut bien n'avoir point été seulement produit par l'opération elle-même, mais au développement de laquelle celle-ci n'a nécessairement point été étrangère.

Quant à l'hydrosarcocèle à laquelle M. Belmas a appliqué son moyen, bien qu'il ait réussi à produire l'adhésion de la tunique vaginale, il est évident que la réussite dans ce cas ne prouve que peu en faveur de

l'efficacité du moyen considéré comme propre à déterminer la cure radicale des hernies.

Il résulte de là que, tout en applaudissant au travail curieux de M. Belmas, il faut encore attendre de nouvelles expériences pour apprécier à sa juste valeur la méthode qu'il a proposée » (1).

Seconde méthode de M. Belmas.

«Dans ces dernières années, M. Belmas a modifié ses premiers essais faits avec de petites vésicules de peau de baudruche. L'observation des phénomènes lui ayant démontré que la quantité de matière animale était beaucoup trop considérable, il a essayé l'action de simples filaments de gélatine desséchée, recouverts par de petites lanières de peau de baudruche. Une fois maître de développer les adhérences linéaires entre les feuillets séreux, M. Belmas a fait construire une petite aiguille de forme particulière, au moyen de laquelle il porte ses filaments dans le col des sacs herniaires. Sur dix opérations pratiquées par son nouveau procédé, cinq guérisons ont été obtenues : dans trois cas il y a eu récidive incomplète; enfin sur deux individus le retour de la maladie ne s'est pas longtemps fait attendre.

Comme aucune de ces tentatives, dit M. Belmas, n'a été suivie du plus léger accident, il reste à espérer que plus d'habitude dans la pratique de l'opération, une compression plus régulière exercée sur l'anneau à

(1) L.-J. Sanson, dict. de médec. et de chirurg. pratique.

l'aide de nouveaux moyens compresseurs, conduiront à des résultats plus satisfaisants. Nous ne pouvons qu'applaudir à une méthode aussi ingénieuse et qui promet de si beaux succès; mais avant de se prononcer, il faut attendre de nouvelles expériences pour l'apprécier à sa juste valeur (1).

Les méthodes de M. Belmas sont ingénieuses, mais les instruments dont il se sert ne sont pas faciles à manier, surtout ils ne sont pas faciles à décrire.

ARTICLE VII.

MÉTHODE DE L'ACUPUNCTURE, MM. BONNET, MAYOR, MALGAIGNE.

Méthode de M. Bonnet.

La méthode de M. Bonnet consiste à piquer des épingles près de l'anneau, à travers les enveloppes herniaires; à les disposer de manière à ce qu'elles maintiennent en contact les parois du sac, et à les laisser en place jusqu'à ce que l'inflammation adhésive se soit développée.

Cette méthode comprend deux procédés, que M. Bonnet décrit de la manière suivante, dans un mémoire *sur l'introduction et le séjour des épingles dans le sac herniaire comme moyen d'obtenir la cure radicale des hernies*, publié par lui dans la *Gazette médicale* du 9 décembre 1837.

(1) Concours d'aggrégation. Janvier 1839, thèse de M. A. A. Bonnet.

Décrivant l'opération qu'il pratiqua sur ses trois premiers malades : Je tins prêtes, dit-il :

1° Quatre épingles ordinaires, longues d'un pouce et demi.

2° Un nombre double de morceaux de liége ayant la forme et le volume de l'extrémité du petit doigt.

3° Une pince à chapelet.

4° Une tenaille incisive.

Avant de me servir des épingles, je fis traverser à chacune d'elles le milieu de l'un des morceaux de liége, la convexité tournée vers la pointe, et je poussai le liége jusqu'à la tête de l'épingle dont il augmenta le volume.

La hernie réduite, je saisis la racine des bourses aussi près que possible de l'anneau, et plaçai le cordon sur son côté externe, dans un cercle formé par le pouce et l'indicateur gauche. Les extrémités de ces doigts fortement rapprochées, je piquai une épingle au-devant de leurs ongles, en arrière des enveloppes de la hernie et près du ligament suspenseur de la verge; et l'ayant enfermé jusqu'à ce que la tête appuyât sur la peau et que la pointe fît saillie en avant, je passai celle-ci dans un morceau de liége, que je poussai assez avant pour que les parties situées entre ce morceau de liége et la tête de l'épingle fussent légèrement comprimées. Je terminai en fixant celle-ci par la disposition circulaire donnée à sa pointe avec une pince à chapelet.

La première épingle ainsi placée, je portai le cordon entre elle et les extrémité du pouce et de l'indicateur gauche rapprochés autant que possible l'un de l'autre. Je piquai, en suivant l'extrémités de ces doigts, une deuxième épingle parallèle à la première, située de six

à sept lignes plus en dehors, et fixée ensuite avec les mêmes précautions.

Dans les hernies peu volumineuses et peu anciennes, le cordon tout entier se trouvait placé entre la première et la deuxième épingle. Mais dans un cas où la pression longtems prolongée des viscères herniés en avait isolé les diverses parties, quelques-uns des nerfs et des vaisseaux qui le composent ne furent point compris dans l'intervalle des deux épingles. Je les plaçai entre la deuxième et la troisième qui, dans tous les cas, me parut nécessaire, et que je piquai de six à sept lignes en dehors de celle qui la précédait. Dans les trois opérations dont je parle, une seule fois je me contentai de trois épingles; deux autres fois j'en mis quatre.

Les choses ainsi disposées, la peau de la racine des bourses, fortement pressée en haut et en bas par les boules de liége, faisait une saillie à convexité antérieure, dirigée parallélement au pli de l'aine, c'est-à-dire obliquement en haut et en dehors. Je ne fis aucun pansement et me contentai de placer de la charpie derrière les bourses afin de les tenir un peu relevées.

Du sixième au douzième jour, je retirai les épingles, attendant pour le faire que l'inflammation fût assez vive et que les têtes postérieures eussent commencé à ulcérer la peau; il fallait préalablement couper une de leurs extrémités avec des tenailles incisives.

Tous les corps étrangers enlevés, je pansai avec des cataplasmes d'abord, avec des compresses trempées dans du vin aromatique, un peu plus tard. Le pli formé par la pression des têtes d'épingles ne tardait pas à s'effacer, et aussitôt que la sensibilité des parties pouvait

me le permettre je faisais porter un bandage compressif.

M. Bonnet, ayant reconnu l'insuffisance de ce premier procédé et la nécessité de lui faire subir quelques modifications, conseille :

1° De commencer par l'épingle qui doit traverser la partie moyenne du sac et de placer ensuite les autres en dehors et en dedans, en ayant soin de maintenir étendues les parties que l'on veut traverser.

2° De placer ces épingles sur deux rangs, quatre à cinq à la première, aussi près que possible de l'anneau, trois à quatre à la seconde, immédiatement au-dessous.

3° D'attacher un fil à chaque morceau de liége, afin de le retirer aisément s'il se perd dans les chairs enflammées. »

Le résultat des opérations de M. Bonnet, obtenu par sa méthode, varie, ainsi qu'il découle des observations rapportées dans le mémoire cité, selon l'âge des malades et le volume des hernies.

Ce chirurgien n'a obtenu qu'une guérison apparente et momentanée sur le seul vieillard qu'il ait opéré : aussi regarde-t-il, avec M. Gerdy, la vieillesse comme une contre-indication de toute tentative de cure radicale des hernies.

Il a échoué également dans les trois opérations faites par lui chez des adultes sur des hernies très volumineuses et sortant par un canal inguinal devenu direct et assez large pour permettre l'introduction de plusieurs doigts réunis.

Il rapporte cependant trois cas de guérison sur quatre cas de hernies dont le volume égalait celui du poing, et dont le canal, encore oblique, ne permettait que l'introduction d'un seul doigt.

Ajoutons encore à ces trois cas de guérison ce

d'un enfant opéré par la même méthode, par le même chirurgien.

Maintenant et pour résumer, si nous énumérons les succès et les insuccès obtenus par la méthode de M. Bonnet, et si nous comparons le nombre, nous trouverons, sur neuf observations citées dans son mémoire, quatre cas de guérison et cinq cas d'insuccès, dont deux morts.

Méthode de M. Mayor.

M. Mayor, ayant eu connaissance du procédé de M. Bonnet de Lyon et y ayant reconnu quelques inconvénients, s'est efforcé de les faire disparaître en réformant en totalité le manuel opératoire.

M. Mayor divise l'opération en trois temps :

Premier temps.

Formation du pli cutané. — On commence par réduire très exactement la hernie, et l'on passe un doigt dans l'anneau aponévrotique pour s'assurer que la réduction est complète et reconnaître la largeur de la même ouverture. Plus l'anneau est large, plus le pli cutané doit être long, large, étendu.

On trace avec une plume à écrire une ligne sur le milieu de l'anneau ; béant ce trait à l'encre sera ou légèrement oblique de haut en bas, ou parallèle à la ligne médiale, suivant qu'il s'agit d'une hernie crurale ou bien inguinale, ombilicale ou ventrale. La longueur de ce trait sera d'abord en rapport avec le diamètre connu ou présumé de l'anneau ; mais il dépassera de trois à cinq lignes le bord supérieur de cette ouverture, et de trois à quinze lignes le bord in-

férieur de celle-ci, suivant qu'il s'agit d'une hernie petite ou volumineuse.

Vous saisirez alors avec vos deux mains une certaine quantité de peau à droite et à gauche du tracé à l'encre, vous en formerez un pli au-dessus duquel se trouve toujours ce même tracé et qui servira de boussole pour le reste de l'opération. Ce pli devra comprendre toute la surabondance des téguments et s'élever assez pour qu'il y ait tension évidente de la peau de chaque côté des doigts. Il vaut mieux en général tendre celle-ci trop que trop peu, car il n'y a rien à craindre dans cet excès de traction, et on pourrait, au contraire, avoir à regretter une certaine laxité des téguments, si l'on avait soi-même agi avec trop de lâcheté dans cette partie de l'opération.

Deuxième temps. Passage des points de suture.

On prend autant de fils doubles cirés qu'il y a de points à faire (de trois à sept, selon le volume de la hernie); on attache un morceau d'éponge ou bien de bougie, ou un petit rouleau de ouate à l'extrémité de chacun d'eux, qui doit faire l'office de nœud; on confie ces fils armés d'aiguilles à un aide intelligent qui doit les passer tout-à-l'heure à la base du pli ci-dessus indiqué. Le chirurgien retient soigneusement avec ses doigts le pli tégumentaire, et s'oppose à l'issue de tout viscère par l'anneau. Cette précaution est surtout importante chez les petits enfants qui crient pendant l'opération.

L'aide implante les premiers points vis-à-vis l'anneau et en deçà des ongles du chirurgien, afin d'être

sûr que ni le péritoine, ni les viscères ne sont blessés par l'aiguille. Aussitôt l'aiguille passée, on coupe le fil très près d'elle, on le tire jusqu'au nœud d'éponge, on écarte les deux brins, qu'on serre ensuite sur un second morceau d'éponge ou sur un rouleau, soit de coton, soit de laine cardée. On obtient par là une sorte de suture enchevillée, dont les rouleaux compriment exactement les deux côtés du pli relevé. On applique successivement de la même manière les autres points dans toute l'étendue de la base du pli : l'intervalle entre un point et un autre sera de quelques lignes. C'est surtout inférieurement à l'anneau qu'il faut multiplier les points, car c'est par là que la hernie a de la tendance à s'échapper. Le but de ces points est de provoquer un travail de phlogose adhésive autour et dans l'intérieur de l'anneau.

Troisième temps. Pansements.

Dans les cas légers, aucun autre pansement particulier n'est nécessaire. On laisse les points, huit jours ou même davantage, jusqu'à ce que le gonflement consécutif paraisse suffisant pour atteindre le but indiqué. Dans le reste, on se contente pour tout pansement d'exercer une légère compression sur la région à l'aide d'un brayer. Pour cela, on garnit de coton cardé les deux rangées de nœuds; on couche la pli, ou la saillie des téguments sur le côté interne de l'anneau, on applique encore du coton, puis une compresse, et enfin le brayer.

« Je ne retouche à l'appareil, dit l'auteur, que lorsque le malade s'en plaint, et je me conduis alors

suivant les circonstances, et d'après les règles ordinaires de la chirurgie; toutefois je ne me presse point de couper et d'extraire les fils.» On continue l'emploi du bandage de précaution pendant quelque temps (1).

La brochure de M. Mayor, dont la *Gazette médicale* a extrait l'article précédent, cite onze observations remarquables de guérison par son nouveau procédé; mais dans le numéro du 1er juillet 1837 du même journal, nous trouvons une lettre de M. Mayor dans laquelle il confesse franchement qu'il s'était trop pressé de conclure et avoue, après quelques cas heureux, de nombreux insuccès, là même où il avait compté sur une guérison certaine.

M. Mayor critique M. Bonnet. Les faits de M. Bonnet sont la critique concluante de sa méthode. Si la méthode de M. Bonnet semble plus sûre que celle de M. Mayor, elle est plus dangereuse que la sienne; celle de M. Mayor est moins dangereuse, mais elle est très infidèle; elles ne sont applicables que dans un assez petit nombre de cas. Il en résulte que ces deux méthodes doivent être rejetées.

Méthode de M. Malgaigne.

Ce chirurgien a pensé à déterminer une légère inflammation du canal, en enfonçant de petites aiguilles à acupuncture le long du trajet du canal, à un niveau assez élevé pour éviter le cordon. Dès que les premiers symptômes d'inflammation paraîtraient, on retirerait

(1) Extrait de la Gazette médicale du 6 mai 1837.

les aiguilles, on appliquerait un bandage qui entretiendrait suffisamment l'irritation produite, pour amener l'adhésion définitive. Cet auteur recommande de n'employer cette opération qu'avec une extrême réserve, et il la propose seulement pour quelques cas exceptionnels : ainsi, quand le canal a diminué d'un tiers de longueur, quand il a été énormément dilaté par la hernie, et enfin quand sans être beaucoup dilaté, ses parois ont faibli tellement, que lors même qu'on place le pouce sur l'anneau interne, la toux fait bomber le canal d'une manière sensible. M. Malgaigne compte tenter prochainement sa méthode sur un sujet qui est dans les circonstances que je viens de dire (1).

M. Ducros daus sa thèse soutenue en 1840, dit qu'il a vu employer une fois le procédé de M. Malgaigne, et il déclare qu'au bout de dix jours il n'y a pas eu d'inflammation appréciable au-dessus des aiguilles.

ARTICLE VIII.

Méthode de l'injection.

MM. VELPEAU, VALTER.

Au sujet de cette méthode, M. Velpeau s'exprime ainsi dans ses nouveaux éléments de médecine opératoire :

« Tourmenté, comme tous les praticiens, du besoin de guérir radicalement la hernie inguinale, d'ailleurs convaincu depuis longtemps, ainsi que je l'ai dit ailleurs, qu'on avait eu tort d'abandonner sans distinction tous les essais qui tendaient à ce but, j'ai cherché aussi

(1) Concours d'agrégation. Janvier 1839, thèse de M. Boinet.

à l'atteindre par une méthode particulière. Le procédé que j'ai imaginé est le même que celui que l'on emploie pour la cure radicale de l'hydrocèle. Je m'y suis décidé après avoir acquis la preuve que les injections irritantes de la tunique vaginale sont infiniment moins dangereuses qu'on ne le croit généralement, quand elles arrivent dans le péritoine. Les injections tentées autrefois, et encore de nos jours, pour guérir radicalement l'ascite, m'avaient déjà enhardi ; du vin ayant pénétré dans le ventre par une hydrocèle congénitale, sans qu'il en fût résulté d'accidents sérieux, m'avait ensuite montré que le traitement de l'hydrocèle des enfants ne doit pas être beaucoup plus dangereux que celui de l'hydrocèle des adultes.

« Passant de ces présomptions à la pratique réglée, je n'ai point hésité à injecter les liquides irritants dans l'hydrocèle congénitale ; et j'ai bientôt acquis la conviction qu'avec la précaution de comprimer le canal inguinal pendant l'opération, il n'y avait aucun danger à se comporter ainsi : de là à l'idée de la cure radicale des hernies inguinales il n'y avait pas loin. J'avais d'ailleurs remarqué qu'une hernie, co-existant avec une hydrocèle congénitale, ne s'était point reproduite après l'opération de cette dernière. Je conçus donc le projet de tenter ainsi la cure radicale de la hernie au commencement de 1835, surtout quand il me fut démontré par de nombreux exemples, que la teinture d'iode avait de véritables avantages sur le vin, quand il s'agit d'amener l'inflammation adhésive des membranes séreuses. J'attendais depuis plusieurs mois déjà l'occasion de mettre à l'épreuve cette nouvelle méthode, lorsque je m'y trouvai en quelque sorte forcé,

au mois de février 1817. Alors, en effet, j'eus en même temps à l'hôpital de la Pitié, deux hommes qui furent pris d'une hydrocèle aiguë au sac, peu de jours après la rentrée dans le ventre, de l'intestin contenu dans une hernie *entéro-épiploïque*. Je fis la ponction du kyste, j'en tirai huit onces de sérosité dans un cas, et six onces dans l'autre; j'injectai à la place un mélange de six gros de teinture d'iode et de trois onces d'eau; nul accident n'est survenu, le sac s'est oblitéré, et la dernière fois que j'ai revu les malades, trois mois après l'opération, il n'y avait encore aucune apparence de récidive.

«Me croyant autorisé par ces essais à attaquer directement la hernie inguinale réductible, j'ai soumis un malade à l'injection iodée, au commencement de juillet 1837. J'ai fait une incision d'environ un pouce aux tuniques du scrotum jusqu'à la surface externe du sac. Celui-ci étant ouvert par la pointe du bistouri, j'y ai introduit la canule du trois-quarts conduite sur un stylet boutonné. Fixant ensuite l'ouverture du sac sur la canule avec des pinces, j'ai chargé un aide d'injecter le mélange précédemment indiqué, pendant qu'une autre personne comprimant le canal inguinal, mettait la teinture d'iode dans l'impossibilité de pénétrer jusque dans le péritoine. Après avoir promené l'injection sur tous les points du sac, je l'ai laissée ressortir par la canule qui, étant retirée elle-même, m'a permis de réunir la plaie à l'aide de trois points de suture entortillée. Jusqu'à présent les phénomènes de réaction se sont exactement comportés comme dans l'hydrocèle. Sans oser porter encore un jugement sur la valeur de ce mode de traitement, je crois cependant

pouvoir dire qu'*à priori*, il offre au moins autant de chances de succès qu'aucun de ceux qui ont été vantés jusqu'ici. Comme ce n'est en réalité qu'un essai, je me garderai bien d'en discuter plus au long la valeur pour le moment; si j'en ai dit un mot dans cet article, c'est plutôt pour prendre date, que dans le but de montrer au juste ce que je puis en penser ou le parti qu'on pourrait en tirer (1).

Voici les renseignements pris sur les opérations de M. Velpeau, que nous devons à l'obligeance de M. Demeaux, aide d'anatomie de la Faculté de médecine, interne de la Charité de Paris.

Premier fait. — Le sujet de cette observation est un homme d'une taille moyenne et d'un tempérament lymphatique. L'opération a été pratiquée d'après la méthode indiquée ci-dessus. Aucun accident sérieux ne se manifesta du vingtième au vingt-cinquième jour; tout était terminé du côté de l'opération, lorsque le malade fut pris subitement d'une affection rhumatismale presque générale compliquée de péricardite. Malgré un traitement assez énergique, une hydropisie générale est survenue, et cinq à six mois environ après l'opération, le malade a succombé aux suites de cette affection.

L'autopsie a démontré que l'opération pratiquée sur la hernie avait été incomplète, l'injection n'ayant pas pénétré, suivant toutes les probabilités, dans le sac herniaire : ainsi on n'a trouvé aucune adhérence, aucune fausse membrane sur la surface séreuse du sac.

(1) Nouveaux éléments de médecine opératoire, par A. L. M. Velpeau. 1839.

Peut-on attribuer la mort de ce malade à l'absorption d'une portion de l'injection iodée ? ou bien l'affection rhumatismale et la mort serait-elle arrivée si l'opération n'avait point été faite, et si le malade n'avait pas séjourné dans un hôpital ?

Deuxième fait. — L'opération est pratiquée comme précédemment. Le malade qui fait le sujet de cette observation, âgé de 50 à 60 ans, paraît doué d'une forte constitution, mais sans embonpoint. Il portait une hernie inguinale droite, datant de vingt-cinq ans environ, qui ne pouvait être maintenue réduite que difficilement, quoique peu volumineuse, par les bandages les mieux confectionnés. Des abcès nombreux se sont manifestés sur le scrotum et jusqu'au niveau du canal inguinal, un état général assez grave a donné pendant quelques jours des inquiétudes au chirurgien ; mais, après un traitement approprié, tous les accidents se sont dissipés, et le malade a pu sortir de l'hôpital après un séjour de deux mois. Les accidents résultant de l'opération ayant complétement disparu, il a été facile de constater que celle-ci avait été inefficace ; car la hernie se reproduisait au moindre effort et paraissait avoir le même volume : suivant toute probabilité, encore cette fois, l'injection iodée avait été faite hors du sac herniaire.

Quand on opère un hydrocèle, la tension des enveloppes et la sortie du liquide assurent la présence de la canule du trois-quarts dans une cavité ; mais quand les parois d'une cavité séreuse sont accolées il n'en est pas ainsi ; il est difficile de s'assurer si la canule est dans la cavité du sac : cette disposition explique ce que l'autopsie du premier malade rend

probable. Est-il facile de comprimer exactement le trajet par lequel les hernies s'opèrent, et d'empêcher un liquide injecté de s'épancher dans le péritoine? Ceux qui ont souvent poussé des injections répondent que c'est quelquefois impossible.

M. Valter a aussi conseillé des injections de sang humain.

ARTICLE IX.

Méthode de la scarification.

M. VELPEAU.

On a fait remonter à Léonidas l'idée de scarifier l'anneau pour amener une cicatrice solide. Je crois qu'il y a là une méprise, et que l'invention de cette pratique est venue après l'opération de la hernie étranglée. Léonidas, dans le chapitre sur les hernies qui nous a été conservé par Aëtius, ne parle pas du traitement; il n'en est question que dans le chapitre suivant, qui semble bien être d'Aëtius lui-même, puisqu'il ne porte pas de nom d'auteur, et qu'il renferme des citations d'écrivains postérieurs à Léonidas, tels que Galien et Oribaze. Enfin, dans cet article, il n'est parlé des scarifications que comme moyen antiphlogistique dans le cas d'inflammation de la tumeur herniaire. La phrase est d'ailleurs de nature à lever tous les doutes : *at si partes scroto vicinæ vehementibus doloribus unà cum inflammatione vexentur..., dolentes partes circum-scarificabimus.* Du temps de J.-B. Verduc, on pratiquait les scarifications dans le cas de hernie étranglée, afin d'amener une

cicatrice solide; il conseille de les faire avec le bistouri et une sonde canelée ou des ciseaux. Il faut arriver jusqu'à J.-H. Freytag pour les voir conseiller très explicitement dans le but que nous indiquons, et comme une chose nouvelle; il les regarde comme plus avantageuses que le point doré, mais surtout dans le bubonocèle ou dans le cas d'étranglement. Heister, sans citer personne, dit que plusieurs chirurgiens, pour ne pas perdre le testicule, scarifient les anneaux et la peau, et disent avoir obtenu de nombreuses guérisons, surtout en faisant suivre l'opération d'un bon brayer. Heister ne se prononce pas à cet égard; il fait seulement remarquer que d'autres chirurgiens pensent que les scarifications doivent affaiblir les ressorts de l'anneau. Du reste, fort peu d'auteurs ont parlé de ce procédé, que M. Velpeau approuve formellement dans son *Traité de médecine opératoire*, comme plus rationnel que ceux des anciens. Mais est-il suffisant? Il ne parait pas avoir été beaucoup employé, et comme je le disais, l'idée en sera venue à la suite d'opérations de hernies debridées par de petites incisions, comme le conseillent quelques modernes. Car il ne faut pas croire que l'opération *des débridements multipliés* ne remonte qu'à Scarpa. Voici une phrase de Juncker qui prouve le contraire : Pour la dilatation, dit-il, *incisio magna vel quod meliùs videtur, multæ parvulæ in peripheriâ annuli efficiantur* (1).

M. Rust a recommandé de nouveau les scarifications. Si d'après lui on scarifie toute la surface de la par-

(1) Beaugrand.

tie du sac herniaire, qui est dans le trajet de la hernie, si l'on applique l'une contre l'autre les surfaces ainsi scarifiées ou si on les maintient en contact à l'aide de la charpie et d'un bandage convenable; il n'est pas douteux que des bourgeons charnus qui se développeront en vertu d'un travail suppuratif que l'on ne doit pas troubler, ne soient en état de fermer l'ouverture herniaire et ainsi d'apporter un obstacle puissant a une nouvelle issue des intestins, pourvu que l'ouverture herniaire ne soit pas très considérable; cependant, il faut le dire l'inflammation peut s'étendre au péritoine et avoir des suites dangereuses. (1).

M. Velpeau a fait, en appliquant les idées de M. J. Guérin sur les incisions sous-cutanées, l'opération suivante. La hernie étant réduite, il introduit une forte aiguille terminée en fer de lance, obliquement à travers la peau, au niveau de l'anneau externe, et la conduit ainsi, soit dans l'intérieur du sac herniaire, soit au pourtour du collet du sac, en y faisant de petites incisions.

Cette opération a été pratiquée par M. Velpeau sur un malade âgé de vingt-six ans, d'une forte constitution, portant une double hernie inguinale dont il désirait beaucoup être débarrassé. Entré à l'hôpital de la Charité pour une *orchite*, il de-

(1) Theoretisch-praktisches Handbuch der Chirurgie mit Einschluss der syphilitischen-und Augenkrankheiten in alpabetischer Ordnung. Berlin und Wien. 1832, t. 8, p. 392). Finck, 1836.

manda lui-même avec instance qu'on fit une tentative de guérison radicale ; cette opération fut pratiquée le même jour des deux côtés. Une mouche de taffetas appliquée sur la piqûre ; une compression modérée, aidée de topiques résolutifs, fut maintenue sur cette région pendant trois jours environ, après lesquels aucun accident, soit local, soit général ne s'étant manifesté, un bandage herniaire a pu être appliqué. Les hernies ont été maintenues réduites pendant un mois ; mais au bout de ce temps, le malade ayant été obligé d'enlever son bandage, on a vu ses hernies se reproduire comme avant l'opération.

ARTICLE X.

Ligature sans incision.—Ligature simple ou multiple avec torsion et suture.—Ambroise Paré-Saviart-Desault.

« Par quoy quand la tumeur du nombril est faite, par le vice des intestins, ou de l'omentum, ou des vents ou aquositez, souuent la Chirurgie aura lieu, et non des autres. Or pour la cure des intestins, et de l'omentum, le malade sera couché à la renuerse, et seront réduits les intestins et omentum. Cela fait, on tiendra la peau suspenduë où estoient contenus lesdits intestins et omentum, puis on en prendra vne portion, tant qu'il en sera besoin, et passera-on au trauers de la peau ainsi éleuée, vne assez grosse aiguille, enfilée d'vne petite ficelle assez forte. Puis on fera des incisions autour assez profondes, tant qu'il en sera besoin, à fin que ladite peau se reagglutine

mieux; puis derechef on passera ladite aiguille deux ou trois fois, ou plus, selon que le cuir aura esté estendu en grosseur, longueur et largeur, et sera serrée la ficelle assez fort, puis derechef on liera la totalité vers le ventre : et en ce faisant la peau qui aura été distenduë, tombera auec lesdites ligatures. Et pour bien faire, lorsque ladite peau auroit esté fort distenduë, on la pourra amputer assez près de la la ligature extérieure, puis l'vlcère sera traictée et cicatrizée ainsi qu'il appartient. La venteuse sera curée par remedes cy-dessus escrits aux tumeurs venteuses. Celle qui est faite d'humeur aqueux sera vuidée, faisant petite incision, la tenant ouuerte tant qu'il sera besoin (1). »

Saviard, chirurgien de Paris, traitant une petite fille de quatorze mois, atteinte d'une hernie ombilicale de la grosseur d'un œuf d'oie, aprés avoir fait rentrer l'intestin, fit placer l'enfant sur le dos, souleva le sac autant que possible, et le fit saisir par un aide. Ensuite il lia la peau du fond de la tumeur avec un quadruple fil ciré; deux jours aprés il fit une nouvelle ligature, et la tumeur commença à s'en aller en putréfaction, trois jours aprés il fit une troisième ligature toujours plus serrée que les premières, la tumeur disparut ainsi tout à fait, et la petite fille fut radicalement guérie.

Saviard rapporte qu'il employa le même procédé pour traiter une autre petite fille et qu'il obtint le même succès, *Obs. chirurg. IX :*

Il est étonnant que Garengeot n'ait rien proposé sur ce mode de traitement. Mais on peut fort bien

(1) Ambroise Paré.

douter qu'il ait été absolument nécessaire d'en venir à cette violente opération sur des enfants, et qu'il n'ait pas été possible de les guérir par la compression emplastique; car Saviard ne dit rien à ce sujet (1).

La manière de procéder dans la ligature a varié chez les anciens; mais on peut rapporter à deux procédés différents ceux qu'ils nous ont transmis. L'un consistait à réduire les parties et à lier ensuite les téguments et le sac sans ouvrir celui-ci; dans l'autre il était incisé avant ou après la ligature, pour s'assurer qu'aucune portion intestinale ne pouvait être ou n'était étranglée par le fil. Celse avait adopté le premier moyen, Paul d'Égine se rangea pour le second, et eut pour imitateurs toute la classe des médecins arabes et de leurs copistes; les arabistes, Avicenne, Albucasis et Guy de Chauliac nous en fournissent la preuve dans leurs ouvrages.

L'expérience décide facilement sur le choix de ces deux méthodes d'opérer. L'une, moins douloureuse, est toujours aussi sûre; car la moindre habitude suffit pour sentir, en faisant glisser l'une sur l'autre les parois opposées du sac, la présence d'un intestin qui s'y trouverait encore. L'autre, inutilement cruelle, ajoute aux douleurs sans rien ajouter à la certitude du procédé. Aussi a-t-on généralement adopté celle-ci, et *Paré* qui l'a décrite ne parle pas même de la première. Mais ici nouvelles variations dans la manière d'opérer: les uns liant simplement la base de la tumeur, d'au-

(1) Lamentiis Historii, — Institutiones chirurgicæ. Ed. d'Amsterdan. 1740.

tres traversant la base d'une ou de deux aiguilles armées de fil, destiné à mieux assujettir la ligature, et y faisant même dans cette vue des incisions circulaires où étaient logés les fils. C'est surtout dans la médecine arabe que l'on trouve ce procédé cruel et superflu, puisque jamais on ne voit manquer la ligature exactement appliquée. *Paré* le décrit encore; mais Saviard, le seul médecin moderne qui ait pratiqué l'opération qui nous occupe, s'en écarta, en suivant le précepte donné longtemps auparavant par Celse. Sabatier paraît indifféremment indiquer l'un ou l'autre, dans son savant ouvrage sur les opérations. Le procédé de Desault, conforme à peu près à celui de Saviard, était simple, peu douloureux; voici en quoi il consistait :

1° L'enfant sur lequel se pratique l'opération doit être couché sur le dos, les cuisses un peu fléchies, la tête penchée sur la poitrine.

2° Le chirurgien réduit les parties échappées par l'ouverture et formant la tumeur, les contient avec le doigt, soulève les parois de la poche herniaire, les fait glisser entre ses doigts pour s'assurer qu'aucune partie ne reste dans le sac.

3° Certain que les parties qu'il soulève ne sont que la peau et le sac, il charge un aide de faire autour de leur base plusieurs circulaires avec un fil de lin ciré, d'une médiocre grosseur et serré de manière à n'occasionner qu'une douleur peu considérable.

4° La tumeur, ainsi liée, est enveloppée d'un matelas de charpie, soutenu par une ou deux compresses qu'assujettissent des circulaires, elles-mêmes fixées par un scapulaire.

Un léger gonflement se manifeste communément le lendemain sur les parties étranglées : ainsi voit-on se gonfler un polype dont la base a été liée. Aucune douleur n'accompagne cette tuméfaction souvent à peine sensible. Le surlendemain ou le troisième jour les parties s'affaissent, et alors la ligature se relâche ; on en place une nouvelle de la même manière que la première, et avec la précaution de serrer un peu plus. La sensibilité des parties augmentée par l'inflammation que déjà y a produite la constriction du fil, rend ordinairement plus douloureuse cette seconde ligature. Même pansement que pour l'opération. Bientôt on voit la tumeur devenir terne, livide et s'affaisser; une troisième ligature y intercepte entièrement la circulation. Elle devient noire, se fane et tombe communément au huitième ou au dixième jour. Un petit ulcère en résulte : pansé méthodiquement avec de la charpie sèche, il se guérit peu de temps après, et laisse l'ombilic assez résistant pour que la toux et les efforts imprimés aux muscles abdominaux n'y déterminent aucune impulsion.

Il est utile pendant les deux ou trois premiers mois qui suivent l'opération, de faire porter à l'enfant un bandage circulaire, afin d'empêcher plus efficacement que les viscères poussés contre la cicatrice ne dérangent le travail de la nature, occupée pendant ce temps à resserrer peu à peu l'ouverture ombilicale.

Je pourrais accumuler ici une foule d'observations, où l'expérience confirmerait la pratique que je viens

d'établir; mais déjà plusieurs ont été rassemblées dans le *Journal de chirurgie*. Il suffira de savoir que depuis qu'elles ont été publiées, Desault a pratiqué une foule d'opérations de cette espèce, avec un égal succès; que chaque semaine plusieurs enfants étaient apportés par leurs mères à l'amphithéâtre où il donnait publiquement ses leçons; que là la ligature était faite sous les yeux de tous ses élèves; que l'enfant, reporté chez ses parents, était ramené ensuite tous les jours suivants au pansement jusqu'à sa complète guérison.

Mais on peut douter, dit Sabatier en citant l'article du journal où Desault traite de ces malades, que ces enfants aient été débarrassés de leur hernie qui peut être revenue quelque temps après. Une foule de faits éclaircissent le doute: plusieurs ramenés à la consultation publique de Desault, longtemps après leur opération, pour des maladies étrangères à celle-ci, y ont été examinés par les nombreux élèves qui y assistaient, et tous ont reconnu la complète oblitération de l'anneau et le défaut d'impulsion des viscères de l'abdomen dans l'action de tousser, d'éternuer, etc. D'autres enfants existent, à la connaissance de la plupart des chirurgiens de l'Hôtel-Dieu, parfaitement guéris de leur hernie ombilicale par l'opération que Desault a ressuscitée. Deux jeunes personnes, opérées depuis quatre ans, sont à ma connaissance parfaitement rétablies et n'éprouvent aucun ressentiment de leur tumeur.

Le succès de cette opération, presque certain dans les enfants en bas âge, semble devenir moins assuré

à mesure qu'on s'éloigne de l'enfance. Les observations suivantes serviront à le prouver.

Un enfant âgé de dix-huit mois fut apporté à la leçon clinique de Desault, pour y être opéré d'une hernie ombilicale par la ligature, qui fut pratiquée à la manière ordinaire ; le septième jour la tumeur tomba, le dix-septième l'ulcère était cicatrisé. Six mois après, ramené à l'amphithéâtre, cet enfant fut vu par tous les élèves sans aucune trace de maladie.

Un garçon âgé de quatre ans fut opéré de la même manière ; la chute de la tumeur eut lieu le huitième jour, l'ulcère guérit le vingtième. Ramené à la consultation deux mois après, on sentait, malgré la précaution qu'il avait de porter un bandage, l'impulsion des viscères contre l'ouverture qui n'était pas encore entièrement fermée; elle l'était cependant entièrement le sixième mois, époque à laquelle Desault eut occasion de le revoir.

Une petite fille âgée de neuf ans fut amenée de province, pour une hernie ombilicale de naissance. Appelé auprès d'elle, Desault proposa l'opération qu'il n'avait jamais encore pratiquée à un âge aussi avancé: elle fut faite avec succès, la cicatrice se ferma promptement; mais deux mois après, les parents mandèrent à Desault que la tumeur reparaissait : il conseilla l'application d'un bandage qui n'empêcha pas, six mois après, la hernie ombilicale d'être aussi volumineuse qu'auparavant.

Cette dernière observation paraît contraire à celle de Celse qui opérait, ou voyait opérer avec succès les enfants jusqu'à l'âge de quatorze ans. Elle est une conséquence du principe ci-devant établi, que la ten-

dance de l'anneau à se resserrer se perd à mesure que l'on avance en âge.

On voit dans les trois faits précédents, la réussite suivre directement la raison de l'âge, être complète à dix-huit mois, difficile à obtenir à quatre ans, impossible à neuf. Plusieurs autres exemples d'opérations pratiquées trop tard ont offert les mêmes résultats.

Nous ne pouvons regarder l'exposé précédent des opinions et de la pratique de Desault, comme un résultat impartial de l'expérience sur le mérite comparé des divers procédés, employés pour le traitement des hernies à l'ombilic. Ce grand chirurgien ayant adopté et constamment employé la ligature, lui reconnaît une efficacité et une certitude que n'a pas confirmées l'expérience d'autres chirurgiens; et il n'a pas présenté convenablement les avantages de la compression.

J'ai observé avec beaucoup de soin, dit Scarpa, les effets immédiats et les suites plus ou moins éloignées de la ligature de la hernie ombilicale, soit simple, soit faite avec l'aiguille et le double fil; et après un nombre assez considérable d'observations de ce genre, je crois pouvoir assurer que cette opération, de quelque manière qu'on la pratique, n'est pas toujours exempte d'accidents graves et quelquefois assez dangereux. Je puis ajouter qu'elle ne procure jamais une guérison vraiment radicale, si la cicatrice, qui en résulte dans la région ombilicale, n'est soumise pendant quelques mois à une compression méthodique et non interrompue. Il n'est point aussi rare que le prétendent quelques chirurgiens, de voir survenir après la ligature

de la tumeur une fièvre d'irritation des plus intenses, accompagnée de souffrances très vives, qui déterminent des cris continuels et quelquefois des convulsions. L'ulcère qui résulte de la chute de la tumeur est toujours assez large et difficile à guérir ; il devient de temps en temps baveux et douloureux.

M. Cooper fait aussi des objections à cette opération, sur les douleurs qu'elle occasionne et les suites dangereuses qu'elle entraîne.

On s'est assuré que la maladie était revenue, même dans plusieurs cas opérés par Desault et qu'il avait supposés guéris radicalement ; et après qu'on eut discuté au long ce sujet à la société de médecine de Paris, l'avis général fut qu'on devait abandonner la ligature (1). »

On ne peut se dissimuler cependant que la ligature de la hernie ombilicale, comprenant la peau et les enveloppes, n'ait produit presque toujours la guérison sans, déterminer des accidents graves ; et nous ne balancerions pas, d'après l'autorité et l'authenticité des faits de Desault et de Bichat, si la guérison des autres hernies était aussi sûre que celle de la hernie ombilicale, à la conseiller comme méthode générale dans le jeune âge pour les autres hernies. Il n'y a que la crainte des accidents graves et surtout de la mort, qui nous fasse hésiter à dire que l'on doive constituer une méthode générale pour la cure radicale des hernies.

Depuis que j'étudie et que j'exerce la médecine, j'ai

(1) Traité des Hernies traduit de l'anglais de W. Lawrence, par P.-A. Béclard et J.-G. Cloquet.

souvent vu mon père pratiquer cette opération; il porte à treize dans sa longue pratique le nombre de ses opérés. J'ai pratiqué cinq fois cette opération. Nos opérés n'ont jamais éprouvé d'accident grave; jamais nous n'avons perdu un malade. Il est bon de dire que ces opérations ont été faites sur des enfants au-dessous de trois ans, d'après la méthode de Desault. Depuis 1830, j'ai pratiqué deux fois cette opération, en tordant le sac avec la pince à verrou de M. Amussat et en plaçant le fil derrière les mors de la pince. Ces opérations pratiquées sur deux enfants, l'un de deux ans et l'autre de deux ans et demi, ont été suivies de succès.

Autorisé par les faits observés par les élèves de Desault, j'ai tenté une opération dans des circonstances plus graves; j'hésitais avant de l'entreprendre; ce ne fut que d'après les instances de la jeune fille et de ses parents que je me suis décidé.

A*** âgée de 14 ans, d'une bonne constitution, venant d'être réglée, portait depuis son enfance une hernie ombilicale de la grosseur d'une forte noix; le pédicule en était étroit. La jeune fille fut couchée sur le dos, la tête légèrement fléchie; les parties contenues furent réduites et, en présence de mon père et de MM. Moreau et Jodin, après avoir saisi avec des pinces à torsion la peau et les parois du sac et leur avoir fait éprouver un peu plus d'un tour et demi de torsion, je traversai la base des enveloppes tordues avec une aiguille sur laquelle je fis la suture entortillée. L'aiguille fut retirée le troisième jour sans avoir déterminé d'accident; un bandage compressif soutenant la charpie fut em-

ployé. Un an après j'ai revu cette jeune fille, elle nes e servait plus de bandage.

Du reste, la torsion appliquée à la cure radicale des hernies ombilicales semble être imitée du travail que la nature exécute pour séparer le cordon ombilical de l'ombilic lui-même. La ligature et la torsion appliquées à la hernie ombilicale ne doivent pas être rejetées, et après avoir employé la compression pendant six mois ou un an sans succès, dans la troisième ou quatrième année de la vie, on peut avoir recours à un de ces moyens ou à ces deux moyens combinés.

Le fil de chanvre, dit de Bretagne, doit être triple ou quadruple, ciré avec de la cire jaune, serré avec des bâtonnets dont on peut maintenir les deux extrémités. Le moyen, du reste, de faire un nœud en appuyant chaque fil sur un bâtonnet a été pratiqué par Franco.

Il y a une raison dans les hernies ombilicales, pour qu'elles guérissent; on ne peut pas se dissimuler que les fibres aponévrotiques circulaires, l'intestin ne passant plus à travers l'anneau ombilical, tendent à se resserrer, et que pour les hernies crurales et inguinales et les points fixes où viennent s'arrêter les portions aponévrotiques s'opposent à la rétraction circulaire des différentes portions aponévrotiques qui viennent s'y insérer; et par cela même maintiennent les parties tendues dans des directions différentes.

La pratique de Boyer et celle de Scarpa sont opposées à celle de Dupuytren qui, fidèle à la tradition de

(1) Traité des hernies.

Desault, pratiqua souvent avec succès la ligature de la hernie ombilicale chez les enfants nouveau-nés, et chez les très-jeunes enfants.

Article XI.

Méthode de Grœfe, de Berlin, décrite par M. Raw, son élève (Berlin. Thèse 1813).

Puisque des méthodes jusqu'ici indiquées il ne s'en trouve aucune qui, pour obtenir une cure radicale, se soit occupée de fermer tant l'anneau abdominal que l'enveloppe de la hernie, je me suis arrêté à celle que m'a enseignée mon illustre maître. Depuis plus de deux ans je l'ai vu l'employer avec un succès constant sur plusieurs malades atteints de hernies moi-même dans l'institut clinique chirurgicale dirigé par l'illustre Grœfe, je l'ai appliquée avec tout le succès désirable. J'ai cru rendre service en publiant le procédé.

Description d'un nouveau procédé pour obtenir une cure radicale.

Le procédé employé par l'illustre Grœfe, pour guérir les hernies inguinales encore reductibles est le suivant : On couche le malade sur le dos, on replace, s'il est possible, les parties qui se sont affaissées. On pratique sur la peau une incision d'un demi-pouce *de*

largeur au-dessus de l'anneau abdominal et à un pouce entier au-dessous.

Cette incision du reste avait déjà été tentée autrefois, et on en a la preuve évidente dans les ouvrages de Celse, de Paul d'Égine, d'Albucasis, de Guy de Chauliac, de Roland et de Fabrice d'Aquapendente. Quant au reste de l'opération, faite de manière à la rendre propre à fermer complétement l'anneau abdominal et l'enveloppe de la hernie, c'est ce qu'aucun praticien, que je sache, n'a indiqué.

On met ensuite à nu l'enveloppe de la hernie après avoir enlevé le tissu cellulaire; on soulève cette enveloppe au moyen d'une pince, et on la tranche avec le scalpel. Cela fait, on prend un bourdonnet qu'on frotte d'onguent simple ou de tout autre, et on l'introduit dans le sac de la hernie jusqu'à ce que non-seulement il touche de toutes parts les bords de l'anneau, mais encore qu'il ressorte en arrière de lui. Ce bourdonnet, et c'est un point que je signale comme important, doit toujours s'adapter de la manière la plus exacte à la circonférence de l'anneau abdominal, de manière à ce que celui-ci ne s'étende pas démesurément, et que les parties réduites ne ressortent pas de nouveau. Au bourdonnet on attache un fil assez long, à l'aide duquel on puisse tôt ou tard le retirer, et ce fil est collé sur l'extérieur de la peau au moyen d'un emplâtre. Le lendemain on retire avec précaution le bourdonnet. Celui-ci oppose-t-il de la résistance à l'action du fil qui l'attire? c'est la preuve d'une inflammation déjà déclarée; et l'opérateur devra, jusqu'à ce que cette inflammation ait complétement disparu, s'abstenir de tout traitement. Du reste,

au bout de trois ou quatre jours ordinairement, le bourdonnet introduit dans l'abdomen se détache de la blessure, et il faut sans délai le retirer. Une fois ce retrait opéré sans empêchement, le point capital est qu'au moyen d'un autre bourdonnet introduit de nouveau, on fasse arriver à suppuration, dans toute son étendue, la surface interne du sac qui embrasse la hernie. Pour provoquer cette suppuration, il sera bon de graisser le bout des nouveaux fils à introduire dans la plaie, avec de l'onguent-simple, et le milieu, selon que l'état du malade semblera exiger un plus ou moins grand degré d'excitation locale, avec un médicament digestif (par exemple l'onguent d'elemi et ensuite l'oxyde rouge de mercure). Dans le cours de ce traitement on est presque toujours certain de voir au bout de quelques jours un pus de qualité louable, et on aperçoit des granulations qui se forment dans l'intérieur de l'anneau abdominal. A mesure que ces granulations augmentent, il faut pour garnir la plaie des tampons de plus en plus petits. On reconnaît qu'ils ont le volume qui convient, si pour les introduire on éprouve un peu de difficulté, sans que cette difficulté ait besoin d'être surmontée par la violence. Quand les granulations sont enfin complétement formées, il n'est pas nécessaire d'employer plus longtemps l'introduction des fils, et la plaie se cicatrise. C'est ce que j'ai vu arriver chez plusieurs malades dans l'espace d'un seul mois.

Énumération des avantages que présente la méthode précédemment décrite.

Pour démontrer l'excellence et la supériorité du traitement *chirurgical* exposé précédemment, les raisons suivantes peuvent être présentées :

1° Pour tenir compte des différentes espèces de conditions qui se rencontrent surtout dans le traitement radical des hernies *réduites*, nul traitement n'est plus satisfaisant que celui-là, puisqu'il opère le *rétrécissement* non pas seulement partiel, mais total de l'enveloppe de la hernie. En effet, le bourdonnet enfoncé en arrière de l'anneau abdominal, par cela même qu'il irrite l'orifice propre et particulier du col de l'enveloppe de la hernie, fait que la *conglutination* laissée *organique* commence à la partie qui, si elle était en dehors du traitement de la partie qui la suit, empêcherait de pouvoir jamais être tranquille sur son extension nouvelle, et sur l'affaissement, qui s'en suivrait, des parties qu'il s'agit de retenir.

2° La conglutination organique dont j'ai parlé, ne s'opère pas tant (comme il arrive dans d'autres exemples de ce genre), par une simple adhésion qui ne se formant d'ordinaire que dans l'enveloppe de la hernie, permet à l'anneau abdominal jusque-là relâché, de prendre de la consistance, que par une coarctation qu'il s'agit de produire dans les organes relâchés. Et effectivement, par la granulation

qui suit, non-seulement l'enveloppe de la hernie est de nouveau fermée, mais encore l'anneau abdominal est tellement raffermi, qu'il oppose un obstacle désormais constant aux parties replacées.

3° Ce traitement n'expose pas le malade au plus petit danger, et il est infiniment moins douloureux que les autres.

4° J'appelle enfin l'attention sur les phénomènes qui se passent dans l'anneau abdominal à la suite de la guérison. Avant l'opération, celui-ci était ouvert ; il se trouve, après l'opération, qu'il est exactement fermé. Dans cet intervalle de temps, par suite de la granulation qui s'est formée dans l'intérieur de la plaie, le relâchement a si bien disparu que cette région qui auparavant était molle et n'offrait aucune résistance à la pression exercée sur elle, est en quelque sorte maintenant dure au toucher. Pareillement, l'aspect de cette région, auparavant gonflée et convexe, a éprouvé un changement tel qu'elle offre plutôt maintenant une excavation, une sorte d'entonnoir, dirigée vers le centre de l'anneau inguinal.

L'auteur de cette thèse cite à l'appui quatre observations de guérison complète et sans aucun accident. la 1re observation est celle d'une veuve de 46 ans guérie en douze jours. La 2e est celle d'un jeune homme de 13 ans, guéri au bout de vingt-deux jours. La 3e celle d'un homme de 40 ans guéri, l'anneau entièrement fermé ; enfin, la 4e celle d'une femme de 78 ans, guérie avec la même rapidité.

Nous ne comprenons pas qu'on ait osé tenter une pareille opération. Tout le monde en France connaît

le danger que fait courir l'ouverture d'un sac herniaire, par la péritonite qui se développe à la suite de cette opération. Ce qui nous a surpris c'est la complaisance avec laquelle l'inventeur parle de son barbare procédé : *Methodum operationis hic descriptam, ab auctore observatam, feliciterque adhibitam, ante plures abhinc annos tanto cum successu exercui ut, munus in almâ nostrâ musarum sede tribus fere annis elapsis auspicatus, illam in prælectionibus publice auditoribus tradere sim commotus* » (1). Malgré toute l'autorité du nom de Graefe, nous ne pouvons nous empêcher de protester contre un pareil enseignement.

MÉTHODE DE M. GERDY.

Invagination avec point de suture sans incision.

Cette méthode, dite de l'*invagination*, consiste en effet à invaginer la peau du scrotum dans le canal inguinal (car ce n'est qu'à la hernie inguinale qu'elle est applicable d'après M. Gerdy), et à la maintenir fixée dans cette position à l'aide d'un point de suture qui retient la peau ainsi refoulée et l'empêche de ressortir.

Comme depuis sa création ce procédé a subi quelques modifications importantes, nous allons d'abord le décrire tel que M. Gerdy le pratique aujourd'hui à l'hôpital de la Charité, puis nous ferons connaître le procédé primitif, ou du moins les changements qu'on lui a fait subir, afin de mieux pouvoir apprécier le résultat des observations.

(1) Thèse citée. — Græfe lecturis.

Procédé opératoire. — Préparation de l'appareil.

Pour pratiquer cette opération, M. Gerdy se sert d'un instrument dont je vais donner une description brève. Il se compose d'une aiguille recourbée fixée sur un manche et cachée dans une gaîne dans laquelle on la fait mouvoir à volonté à l'aide d'un curseur situé à sa partie supérieure. L'aiguille est percée près de sa pointe de deux chas, et sur la convexité de l'aiguille, entre le chas supérieur et l'inférieur, se trouve une rainure assez profonde pour loger un fil ciré double. Cette rainure joue un rôle assez important. En effet, avant qu'on l'eût fait pratiquer, quand on faisait sortir l'aiguille armée hors de la gaîne, le fil se pelotonnait devant la pointe, et était exposé à être coupé par les frottements sur les bords tranchants de cette aiguille. C'est ce qui a eu lieu quelquefois avant le perfectionnement de l'instrument. Pour utiliser cette rainure, il faut avoir la précaution, quand on passe le fil, de faire pénétrer son extrémité de la concavité à la convexité de l'aiguille, d'abord par le chas inférieur, puis de le ramener de la convexité à la concavité par le chas supérieur. De cette manière le fil engagé dans la rainure et passé par les chas forme une anse dont la concavité embrasse la convexité de l'aiguille.—Outre le porte-aiguille ainsi préparé, on se procure des cylindres de gomme élastique ou autre pour pouvoir pratiquer la suture enchevillée. — Ces précautions indispensables ayant été prises, on procède à l'opération.

PREMIER TEMPS.

La région inguinale et le scrotum, du côté correspondant à la hernie, ayant été préalablement rasés, on fait coucher le malade sur le dos comme pour l'opération de la taille, et en travers du lit la tête soulevée par des oreillers, le bassin maintenu un peu élevé, membres inférieurs fléchis sur l'abdomen et un peu écartés. Le chirurgien, placé entre les jambes du malade, réduit la hernie ; alors, soulevant la peau du scrotum avec l'extrémité du doigt indicateur ou de l'auriculaire de la main gauche (selon que l'ouverture de l'anneau peut admettre l'un ou l'autre de ces doigts), il presse sur cette peau de manière à ce que le doigt en soit coiffé, la refoule de bas en haut et de dedans en dehors, dans la direction du trajet inguinal, et s'avance dans l'intérieur du canal aussi profondément que possible. Si on peut pénétrer jusque dans l'abdomen, le doigt dont on a eu soin de tenir la face palmaire dirigée en haut et en avant, exerce de petits mouvements de latéralité, afin de décoller plus sûrement le péritoine et de se placer ainsi entre lui et les parois abdominales.

DEUXIÈME TEMPS.

Saisissant alors de la main droite le porte-aiguille, l'opérateur glisse la convexité de l'instrument sur la surface palmaire du doigt qui a refoulé la peau, et l'introduit jusqu'au fond du cul-de-sac, en le tenant presque perpendiculaire à l'axe du corps. Il s'assure alors avec le doigt indicateur droit s'il n'existe pas de battements artériels dans le point où les parties vont être perforées.

TROISIÈME TEMPS.

L'instrument ainsi placé, le chirurgien abaisse le manche, et la pointe mousse du porte-aiguille se relève alors par un mouvement de bascule; puis, poussant avec le pouce le curseur qui sert à faire sortir l'aiguille de sa gaîne, il traverse à l'extrémité la plus reculée du cul-de-sac, et d'arrière en avant, d'abord la peau invaginée, puis toute la paroi antérieure du canal inguinal. Mais il faut ici une précaution importante, c'est de recourber l'extrémité du doigt qui conduit l'aiguille, de manière à ce qu'on ne la dépasse jamais, car si cela arrivait, on s'exposerait à blesser, soit le péritoine, soit une portion d'intestin que le doigt ne pourrait plus protéger. Souvent la pointe de l'aiguille éprouve de la difficulté à traverser les téguments; on facilite sa sortie en faisant tendre, par un aide, ou en tendant soi-même, les parties qui fuient devant elle. On fait alors sortir l'aiguille au dehors, jusqu'au niveau du chas inférieur; puis, dégageant l'extrémité supérieure du fil du chas supérieur, on la fait retenir à l'extérieur, tandis qu'en retirant par le trajet qu'elle a parcouru l'aiguille dans sa gaîne, on entraîne ainsi l'autre extrémité du fil. On amène l'instrument hors du cul-de-sac invaginé; on retire le fil de l'aiguille pour le passer de nouveau de dedans en dehors comme la première fois, par les deux chas; on le reporte sur le doigt indicateur, et on pratique, en prenant les précautions ci-dessus indiquées, une seconde perforation (8 à 12 millim. environ) en dehors ou en dedans de la première. On dégage alors

(1) Voir la planche qui représente cet instrument.

tout à fait le fil de l'aiguille que l'on retire hors de la plaie.

QUATRIÈME TEMPS.

On fixe les extrémités du fil à l'extérieur sur de petits cylindres de gomme élastique; on les noue en rosette afin de pouvoir resserrer ou relâcher la suture, selon les circonstances. La constriction doit être portée au point de causer une légère douleur; mais il ne faudrait point la porter trop loin, car le sphacèle de la portion de peau comprise entre les sutures pourrait en résulter.

Le malade transporté dans son lit est couché avec un oreiller sous les jarrets; on lui applique des compresses humectées d'eau fraîche ou tiède selon la température sur la région inguinale, et, pour éviter le tiraillement, on les maintient avec un bandage en *T*. On couvre le malade d'un cerceau destiné à soutenir les couvertures et à les empêcher de s'humecter de proche en proche par imbibition. Par la même raison les compresses humides ne doivent toucher ni à la chemise ni aux draps.

L'opéré est soumis à une diète légère pendant les premiers jours. Il a même été utile de le préparer à l'opération par une bouteille d'eau de Sedlitz.

Dans le procédé opératoire employé primitivement, on se servait d'aiguilles courbes ordinaires; mais les aiguilles pouvaient se tordre dans la plaie, comme cela est arrivé une fois, puis on pratiquait cinq points de suture entrecoupée; or, M. Gerdy a renoncé à cette suture à cause des accidents de sphacèle

qu'elle occasionna, notamment chez un malade qui a vu sa hernie ressortir sous la peau, par la perte de substance qu'avait éprouvée l'aponévrose du grand oblique, mais ce n'est que peu à peu qu'on est arrivé à ne faire qu'une seule suture et à se servir d'une aiguille montée sur un manche. Enfin, on a également renoncé à la cautérisation du cul-de-sac par l'ammoniaque et à l'avivement qu'on pratiquait à son orifice rattaché ensuite par des sutures, dans le but d'empêcher la peau de se *désinvaginer*; de sorte enfin que l'opération, débarrassée de tous ses moyens primitifs, est vraiment aujourd'hui très facile et d'une ingénieuse simplicité.

Appréciation de l'opération en elle-même et des suites de l'opération.

Nous arrivons maintenant à examiner si l'opération en elle-même est exempte d'accidents. Or, on a dit qu'on avait à craindre :

1° De blesser le péritoine ;

2° De léser l'artère épigastrique, ou la tégumenteuse, ou quelques artérioles ;

3° Enfin d'atteindre le cordon spermatique.

Or, 1° Le péritoine ne pourra être blessé que dans le cas de hernie congéniale, mais alors on n'opèrera pas. Cependant dans un cas, (*obs.* 4) le péritoine, dans une hernie congéniale, fut atteint, on en fut convaincu par l'écoulement de deux ou trois gouttes de sérosité sorties par la suture, et malgré cela aucun accident ne survint. De sorte qu'il n'est pas même prouvé que la

blessure du péritoine soit un accident très redoutable dans ce cas. Quelquefois peut-être, si on n'a pas eu la précaution de décoller cette séreuse, comme nous l'avons dit plus haut, ou bien si le sac est très adhérent, on pourra l'intéresser; mais ces craintes ne sont certainement pas fondées, car, dans l'immense majorité des cas, le péritoine restera en arrière; puisqu'on ne perfore que la paroi antérieure du canal; et c'est ce qui résulte des nombreuses expériences de M. Gerdy sur le cadavre et des observations qu'il a recueillies sur le vivant, puisque sur soixante et quelques opérés il n'en est pas un seul qui ait eu de péritonite. Pour notre propre compte, nous avons vérifié l'exactitude des faits énoncés par M. Gerdy, et la planche anatomique que nous avons fait figurer, représente le péritoine dans la position où nous l'avons toujours trouvé dans nos dissections.

2° La blessure de l'artère épigastrique n'est pas à redouter, puisque accollée au péritoine, elle se trouve toujours en arrière du doigt sur lequel on conduit l'instrument : on pourrait tout au plus atteindre la tégumenteuse ou quelque autre artériole peu volumineuse; mais on reconnaîtrait leurs battements sous le doigt, puisque c'est une des précautions que nous avons indiquées dans le procédé opératoire.

3° Enfin, quant au cordon spermatique, il suffit de réfléchir pour voir qu'il reste toujours en arrière.

4° La douleur n'est pas très vive d'ordinaire; il est certains malades qui sentent distinctement la perforation de la peau invaginée, et celle, plus vive, de la région inguinale.

Les phénomènes qui suivent l'opération sont les suivants : Une douleur plus ou moins vive se fait sentir dans la direction du nerf génito-crural; cette douleur cesse assez promptement. Bientôt une inflammation phlegmoneuse s'empare des parties environnant les sutures; cette inflammation qui, quelquefois devient très vive, donne lieu à des abcès mais rarement entre les muscles abdominaux, abcès dont il faut surveiller de très près le développement. Les fils sont généralement enlevés du deuxième au cinquième jour, plus ou moins tôt, selon la douleur; enfin, comme je le disais plus haut, la péritonite n'a pas été observée, seulement, quelques douleurs vagues et obscures dans la région sus-pubienne se sont fait sentir chez quelques malades.

Cherchons maintenant à expliquer physiologiquement comment se fait l'oblitération du canal.

Pendant longtemps M. Gerdy pensa que la peau restait invaginée et qu'elle formait ainsi un bouchon organique qui s'opposait à la sortie des viscères. Mais une observation attentive lui ayant démontré que, dans beaucoup de cas, la peau invaginée redescendait peu à peu, et que dans d'autres cas le bouchon, qui dans les premiers jours formait un corps solide, diminuait sensiblement de volume et finissait par se résorber entièrement, il pensa que l'oblitération du trajet inguinal avait lieu alors par une exsudation plastique faite dans l'intérieur de ce trajet. Ce qui semblerait donner du poids à cette opinion, c'est que chez certains opérés portant des hernies très volumineuses, une première opération n'avait eu pour résultat que de rétré-

cir notablement l'orifice, et qu'une seconde les avait complétement délivrés de leur maladie.

Ici se place naturellement la réfutation d'une objection faite à la méthode par un de nos compétiteurs : c'est que, dans la plupart des cas, l'invagination n'est pas portée assez haut pour oblitérer le canal ; or, la hauteur à laquelle on parvient dans le canal est toujours suffisante pour déterminer son oblitération jusque vers son orifice supérieur et interne ; en effet les points de suture sont toujours portés à un pouce, un pouce et demi au-dessus de son orifice inférieur, or, ce canal, qui dans les hernies est toujours raccourci, n'a pas plus d'un pouce et demi à l'état normal.

La méthode pour la cure radicale des hernies par l'invagination, compte maintenant, d'après M. Gerdy, soixante et quelques opérés. Sur ce nombre nous n'avons pu nous procurer que 22 observations propres à son auteur, et que nous allons rapporter succintement ; nous y ajouterons le résultat de cinq autres observation prises dans la thèse de M. Ducros ; celui de quatre autres opérés observés par M. Poumet, interne de la Charité, et enfin deux faits appartenant, l'un à M. Roux et l'autre à M. Bransby Cooper.

Voici le résumé succint de ces observations :

1. Cauchois, 62 ans, chantre. Deux hernies inguinales. — L'anneau du côté gauche admet facilement l'indicateur. — On pratique trois points de suture. — Cautérisation avec l'ammoniaque. — Suture extérieure du cul-de-sac invaginé. — Levée des fils le cinquième jour. — Après un mois cet homme est

présenté à l'Institut ; on constate que l'anneau est oblitéré, et que la hernie ne se reproduit pas par les efforts de toux, etc.

2. Trinque, 60 ans. Hernie inguinale droite. — Quatre points de suture. — Cautérisation, suture extérieure du cul-de-sac. — Le sac invaginé se sphacèle le sixième jour.—Récidive un mois et demi après l'opération.

3. Chartier, 61 ans. Hernie inguinale droite. — Cinq points de suture.—Cautérisation.—Emploi des réfrigérants;toux opiniâtre.—Le malade arrache les fils pendant la deuxième nuit, et la hernie ressortit et s'étrangla.—La réduction en fut difficile.—Quinze jours après, quelque effort que fit cet homme la hernie ne reparaissait pas.

Cette observation est surtout remarquable parce que le malade pris d'une toux continuelle, souffrait tellement de l'opération quand le diaphragme s'abaissait qu'il arracha une nuit les sutures qui lui déchiraient la peau. Alors la hernie ressortit, mais le canal s'était déjà tellement rétréci qu'elle s'étrangla et qu'on eut beaucoup de peine à la faire rentrer, et cependant il ne s'etait écoulé que deux jours depuis l'opération ; toutefois l'oblitération fut complète au bout de 15 jours, et malgré son indocilité le malade fut complétement guéri.

4. Guidot, ciseleur, 14 ans. Hernie inguinale droite. — Un seul point de suture. — Cautérisation. — Un mois après la hernie ne se reproduit pas.

5. Girard Jacques, 24 ans. Deux hernies inguinales. — Celle du côté droit admettant le doigt indicateur. — Deux points de suture. — Cautérisation. Fils enlevés le deuxième jour. 25 jours après il

sort guéri, l'anneau est oblitéré, la hernie ne sort plus de ce côté.

6. Henri Page, jardinier, 45 ans. Hernie inguinale droite. — L'anneau admet le doigt indicateur. — Cinq anses de fil avec suture entrecoupée. — Cautérisation. — Sphacèle assez étendu.

La hernie après un mois et demi ne se remontre pas, seulement quand il tousse les viscères proéminent sous la peau, dans un endroit où les fils ont coupé l'aponévrose.

7. Un homme âgé de 35 ans. Double hernie. — L'anneau extrêmement dilaté admet le pouce — Trois points de suture. — Cautérisation. — Levée des fils, le sixième jour. — Il sort guéri quoique sans porter de bandage, le huitième jour il se fût levé.

8. Un homme âgé de 30 ans. L'anneau est très large; trois points de suture. — Cautérisation. — Levée des fils le cinquième jour. — Au bout de trois la hernie ne reparaissait pas, la guérison était consolidée.

9. Le nommé Soleil, âgé de trente ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution athlétique, portait depuis dix ans à peu près une hernie inguinale droite; cette hernie, d'un volume médiocre, n'avait jamais été maintenue ni exactement réduite. Aussitôt que le malade se livrait à quelques travaux fatiguants, elle s'échappait en glissant au-dessous de la pelote du bandage. La marche était devenue très pénible et presque impossible. La gêne extrême que lui causait cette infirmité engagea notre malade à se soumettre à une opération tendant à amener la cure radicale. C'est dans cette intention qu'il entra à l'hôpital Saint-Louis, dans le

service de M. Gerdy. La hernie semblait parcourir tout le trajet oblique du canal inguinal, dont la paroi antérieure soulevée par les viscères, présentait une saillie oblongue; elle formait en dehors de l'anneau une tumeur ovale qui descendait vers la racine des bourses. Lorsqu'après l'avoir réduite on cherchait à reconnaître l'anneau aponévrotique en y introduisant le doigt coiffé de la peau du scrotum, on trouvait que cet anneau était médiocrement dilaté, de sorte que l'extrémité de l'index le remplissait presque complétement. L'âge du blessé, sa constitution, le degré de développement de la hernie permettaient d'espérer une cure radicale, d'autant plus désirable que les bandages employés jusqu'alors n'avaient pu s'opposer à la sortie des viscères. Ces raisons déterminèrent M. Gerdy à faire l'application de sa méthode. L'opération fut pratiquée le 11 mai 1837; la peau du scrotum, refoulée dans l'anneau inguinal, y fut maintenue par deux anses de fil dont les chefs ressortaient à huit lignes environ, au-dessus et en dehors de l'anneau. Le cul-de-sac formé par la peau invaginée fut cautérisé avec de l'ammoniaque.

Le 12, à huit heures du matin, l'opéré se trouve bien; il se plaint seulement de la fatigue que lui cause le *décubitus* prolongé sur le dos, les cuisses étant légèrement fléchies; l'abdomen est très souple, indolent à la pression, excepté dans un espace très circonscrit, de l'étendue d'un pouce et demi de diamètre, placé au-dessus et en dehors du pli des téguments; il n'existe pas de rougeur sur ce point. La face est légèrement colorée, la peau moite, le pouls plein, régulier, 78 pulsations par minute. Appétit et soif modérés.—Pas de selle depuis l'opération.

M. Gerdy enlève l'épiderme soulevé au fond du cul-de-sac formé par la peau, et ne touche pas aux fils dont la *tension* lui paraît convenable. Vers le soir, le malade se plaint de ressentir des douleurs assez vives dans la région iliaque droite. Saignée de douze onces. Trente sangsues sur le point douloureux, fomentations émollientes.

Le 13, la douleur abdominale persiste et s'étend dans tout le côté droit, saignée de huit onces, deux applications de vingt sangsues, cataplasmes; les fils sont relâchés.

Le 14, même douleur locale, pouls plein, dur : 85 pulsations. Deux saignées de huit onces, vingt sangsues,

Le 15, les mêmes symptômes persistent. Saignée de huit onces, vingt sangsues, cataplasmes; les points de suture sont retirés; il sort une ou deux gouttes de pus par chacune des ouvertures que traversaient les fils. Le pli formé par la peau invaginée ne s'efface pas lorsque l'on exerce une traction, légère à la vérité, sur le scrotum.

Les douleurs locales cessent graduellement, l'état fébrile disparaît et le malade ne tarde pas à entrer en pleine convalescence. Le pli formé par la peau refoulée dans l'anneau disparaît insensiblement et l'on ne trouve plus dans le voisinage du canal inguinal qu'un noyau sous-cutané; car il est difficile de préciser les limites à cause des nombreuses cicatrices de sangsues qui se trouvent accumulées vers ce point. Dans les derniers jours de mai le malade se promène dans la salle avec son ancien bandage, sans que sa hernie reparaisse. Le 1er juin il sort de l'hôpital, et tout semble indiquer que la guérison sera durable.

Depuis que le malade est sorti de l'hôpital, j'ai obtenu sur lui les renseignements suivants. Pendant huit ou dix mois, il a porté son bandage jour et nuit, puis il a commencé à l'ôter la nuit, et maintenant il a complétement renoncé à en faire usage; il fait des marches de cinq et six lieues, sans éprouver la moindre gêne, sans que la tumeur reparaisse; il travaille à la terre, peut enfin se livrer aux travaux les plus pénibles, avec autant d'aisance qu'il le faisait avant d'avoir été affecté de hernie. (*Observation communiquée par M. Nélaton.*)

10. Guimbertot, 40 ans.—Hernie droite admettant difficilement l'index.—Trois points de suture.—Cautérisation. — Levée des fils, le quatrième et le sixième jour.—Présenté, six semaines après l'opération, complètement guéri, à l'académie des sciences.—Revu plusieurs fois depuis; la guérison ne s'était pas démentie.

11. Millot (Jean), 23 ans.—Deux hernies inguinales, à très larges ouvertures, admettant bien les deux doigts index et medius.—Opéré du côté droit.—Deux fils.—Cautérisation. — Levée des fils, le deuxième jour. — Un mois après, guérison complète du côté opéré.

12. M. C., étudiant en droit. — Hernie inguinale droite; orifice très étroit de l'anneau. — Deux fils. — Cautérisation.—Guérison momentanée.—Puis la hernie s'étant reproduite amena une nouvelle opération couronnée de succès.

13. Boucher, maçon, 26 ans. — Hernie inguinale

droite. — Un seul fil. — Cautérisation. — Sorti guéri sans accident, un mois après l'opération.

14. Gallet, 24 ans, étudiant en droit. — Hernie inguinale droite. — Ouverture herniaire étroite. — Un seul fil; pas de cautérisation, hémorragie par le cul-de-sac. — Au bout de six semaines, le malade se levait et marchait, sans que la hernie ressortît par suite de la toux ou d'autres efforts.

15. A. G. Étudiant en médecine, 25 ans. — Hernie inguinale gauche; il a rapporté lui-même son observation; trois mois après, il n'avait pas vu sa hernie reparaître.

16. Le docteur Linger. — Hernie inguinale droite. — Deux points de suture sans cautérisation. — Il rapporte après plusieurs mois, qu'il est guéri radicalement; seulement quand il tousse, il sent une impulsion du côté de la hernie.

17. Bemers, 25 ans, ébéniste. — Hernie inguinale droite. — Le doigt indicateur pénètre facilement. — Deux points de suture, cautérisation. — Sorti guéri 25 jours après.

18. Bourguignon, 27 ans, perruquier. — Hernie inguinale droite. — Le doigt indicateur traverse facilement le trajet inguinal. — Deux points de suture, cautérisation. — Sorti guéri un mois après.

19. Sophie Vincent, 18 ans, cuisinière. — Hernie inguinale gauche, canal trop étroit pour admettre le petit doigt; on opère avec un mandrin. — Un seul point de suture. — La peau ayant été imparfaitement invaginée, 15 jours après l'opération, la hernie se reproduit.

— Réopérée par le procédé légèrement modifié, elle sort guérie deux mois et demi après.

20. Eustache Louis, 25 ans. — Deux Hernies inguinales. — L'orifice du côté droit admet facilement le petit doigt. — Plusieurs points de suture. — Trois jours après, levée des fils; il quitte l'hôpital guéri, le vingtième jour. — Depuis, M. Gerdy l'a revu; après six mois la guérison ne s'est pas démentie.

Outre ces observations de guérison, j'en pourrais rapporter cinq, prises dans la thèse de M. Ducros; seulement sur les cinq observations il y a eu trois récidives. Enfin M. Poumet, interne de la Charité, nous a communiqué quatre observations, dont voici le résumé : les quatre malades ont eu des abcès de la paroi abdominale ; chez tous, ces abcès ont suppuré de 10 à 15 jours, avec une abondance disproportionnée à l'étroitesse et à la brièveté des sutures. Deux ont donné des craintes sérieuses, l'un pendant quatre jours, l'autre pendant deux mois. Deux fois pendant ce temps, on s'est attendu à ne plus les trouver à la visite suivante; chez un des malades les accidents ont été moins graves. Tous trois en sortant ont été invités à porter des bandages pendant six mois, et on les a engagés à ne jamais les quitter. Un opéré est mort d'un abcès, situé entre les deux muscles obliques de l'abdomen: cet homme avait été opéré par M. Huguier.

21. M. Roux a opéré une hernie inguinale par le même procédé et a bien réussi.

Voici l'observation : — Le nommé Charrié, 21 ans, domestique. — Hernie inguinale droite, ancienne, ouverture large de l'anneau. — Trois points de suture. — Accidents inflammatoires graves. — Guérison après

25 jours. — Revu un mois après sa sortie; la guérison ne s'est pas démentie.

22. Bransby Cooper a opéré une hernie inguinale réductible, par le procédé de M. Gerdy.

John Hulmann, âgé de 22 ans. — Hernie inguinale très volumineuse. — Le procédé de M. Gerdy fut suivi de point en point; seulement on laissa à demeure dans le cul-de-sac, un tampon de charpie imbibée d'ammoniaque.—Le résultat de l'opération, après trois mois et demi, fut que le malade ne voyait ressortir sa hernie qu'avec beaucoup de difficulté.

Opérations de cure radicale des hernies, terminées par la mort.

23. Garrou, bien constitué: —hernie inguinale droite; — ouverture large de l'anneau. Trois points de suture; — cautérisation; — emploi de l'eau blanche, avec une vessie remplie d'eau froide sur la plaie;—on avait pratiqué l'autoplastie, à l'orifice du cul-de-sac. — Les fils sont enlevés le cinquième jour; — état typhoïde, hébétude, etc., les jours suivants; mort le neuvième jour.

A l'autopsie, on trouve une teinte rouge du péritoine, près de l'anneau, mais sans sérosité ni pus. — Couche de pus sous le grand oblique, remontant jusqu'aux attaches de ce muscle aux côtes; — la poitrine ouverte laisse voir une collection purulente dans la plèvre du côté droit; — cet homme avait eu quel-

ques symptômes de pleurésie, attribuée à l'emploi des réfrigérants.

24. Un homme portant une dilatation du cœur veut absolument être débarrassé d'une hernie inguinale droite; — on lui pratique deux points de suture; pas de cautérisation. —La nuit, agitation, délire; le malade se plaint d'étouffement; lipothymie; — la plaie présente une rougeur érysipélateuse; levée des fils, le deuxième jour; — sphacèle de la peau le lendemain;—frissons à plusieurs reprises; mort le dixième jour.

A l'autopsie on trouve le cœur triplé de volume : des abcès nombreux existent dans le cerveau, la rate, les reins, etc.

Sur les soixante et quelques opérés par son procédé, M. Gerdy nous avoue deux morts de plus.

Un mort à la maison de santé.

L'autre, cette année, à la Charité (observation communiquée par M. Poumet).

Il résulte de ces faits :

1° Que l'opération de la cure radicale des hernies par la méthode, dite de l'invagination, est d'une exécution simple et facile, à l'aide de l'ingénieux instrument inventé par M. Gerdy;

2° Que cette opération est loin d'être sans danger, puisque par son fait même, de graves accidents sont survenus chez plusieurs malades, notamment chez Soleil-Casimir et chez un opéré dont parle M. Poumet; que de plus, quatre sur soixante-deux sont morts.

Cependant nous devons dire ici, que sur ces quatre morts, l'un a succombé à une pleurésie aiguë, survenue à la suite des réfrigérants employés pour diminuer la ten-

sion inflammatoire de la région inguinale, et que l'autre est mort des suites d'une maladie organique qu'il n'avait pas avouée, afin de profiter des bénéfices de l'opération. De plus, la plupart de ces malades ont été opérés par l'ancien procédé, et il est très-probable qu'aujourd'hui, à l'aide des modifications que nous avons indiquées dans le mode opératoire, et avec une plus grande habitude des accidents qui peuvent survenir, on éviterait des complications, qu'on ne pouvait prévoir alors.

3° On peut reprocher à ces observations, en général, de n'avoir pas pour elles la sanction du temps; mais il faut en convenir aussi, sur un certain nombre de malades revus long-temps après, chez les uns la maladie ne s'était point reproduite, chez d'autres elle avait notablement diminué la largeur du canal; de sorte que la hernie qu'on n'avait jamais pu contenir avec un bandage, l'était alors très-facilement.

L'homme qui fait le sujet de l'observation de Bransby-Cooper nous en fournit un exemple saillant, ainsi que l'étudiant en droit qui fut opéré deux fois (observation 13) : la première opération avait rétréci l'ouverture et la seconde fut couronnée d'un plein succès.

Sur ces soixante-deux opérations, combien de malades ont été radicalement guéris? C'est ce que le temps apprendra. Combien peut-on supposer qu'il y ait eu, sur ce nombre, de hernies affectées d'étranglement, et, parmi les malades affectés de hernies étranglées, trois auraient-ils succombé à la suite de l'opération?

Peut-on appliquer la méthode de M. Gerdy à la her-

nie crurale chez la femme et chez l'homme ? Dans ce cas, je proposerais la modification suivante au procédé de M. Gerdy : après avoir fait rentrer la peau dans le trajet de la hernie, et l'avoir maintenue invaginée à l'aide du petit doigt, on introduirait l'aiguille enfilée, traînant à sa suite ou une rondelle arrondie de buffle, ou une tente de charpie ; on traverserait à cinq ou six millimètres au-dessous du ligament de Poupart d'abord la peau invaginée, puis la peau de la région crurale ; on pourrait, sans faire deux piqûres, ce que l'étroitesse du canal ne permettrait peut-être pas, arriver au même résultat que pour le canal inguinal. L'aiguille pourrait être moins forte, seulement piquante, légèrement arrondie. Ce procédé, que j'énonce ici, m'a été suggéré par les observations de M. Gerdy. M. Finck dit du reste que les méthodes récentes peuvent devenir applicables aux hernies crurales.

Intro-rétroversion.

M. SIGNORINI (de Padoue).

M. PETRULI.

M. Signorini (de Padoue) a exagéré le procédé de M. Gerdy au lieu de l'améliorer. Ce chirurgien dit avoir guéri radicalement une hernie scrotale, par le procédé suivant qu'il nomme : *intro-rétroversion.*

Après avoir réduit la hernie, M. Signorini, appliquant l'index sur la partie inférieure de la tumeur, au-devant du testicule, l'a poussé vers l'anneau, puis, à

travers le canal inguinal, dans la cavité abdominale. Arrivé là, il a recourbé son doigt en crochet vers le canal crural, dans lequel il l'a plongé, ainsi coiffé des enveloppes de la hernie renversées, jusqu'à ce qu'il soit venu faire saillie au pli de l'aine, à travers l'orifice inférieur du canal crural : alors le doigt invaginateur restant en place, une aiguille courbe à suture introduite à travers la peau et les enveloppes de la hernie renversées, on a reconnu par le contact du doigt que l'aiguille avait pénétré dans le sac cutané. Cette aiguille a introduit à travers ces parties un fil ciré qui a servi à retenir la peau invaginée. Le chirurgien retirant alors son doigt du sac cutané a fait dans l'aine une incision d'un pouce, par laquelle le fond de ce sac et le repli falciforme du fascia lata ont été mis à découvert. Enfin le sac cutané a été fixé par quelques points de suture entortillée, comprenant le sac et les lèvres de l'incision de la peau.

Après l'opération, la compression serait plutôt nuisible qu'utile. M. Signorini a rempli le cul-de-sac cutané d'une forte mèche de charpie tordue, et a fait sur la partie des lotions résolutives. L'auteur assure que son opération a eu un plein succès. (*Gaz. méd.*, 1839, p. 583).

Dans le mois d'avril 1838, M. Petrali a publié le résultat de quelques expériences, pour démontrer la possibilité de la cure radicale des hernies ; il vient aujourd'hui, non-seulement détruire ce qu'il a dit, mais combattre les méthodes le plus récemment préconisées dans le même but. Il commence par établir, ce qui n'est guère contesté, que toute hernie inguinale ne peut être considérée comme radicalement

guérie, que lorsque le sac herniaire, engagé en partie dans le canal inguinal, vient à s'oblitérer entièrement, de façon à rendre au canal ses dimensions primitives. Les résultats de la compression prolongée et de l'opération pratiquée pour l'étranglement sont analysés dans leurs détails, afin de s'assurer si l'une ou l'autre peuvent remplir les conditions indispensables à la cure radicale. Il est certain que beaucoup de guérisons définitives ont été obtenues à l'aide de l'une ou de l'autre ; mais comme le plus souvent la compression reste inefficace, et que l'opération d'étranglement est suivie d'une récidive de la hernie, quelle peut être la cause de ces différences?

La compression ne peut agir que de deux manières quand elle guérit; ou bien elle oblitère complétement le col du sac herniaire ; ou bien elle maintient les parois du canal inguinal, assez longtemps accolées pour qu'il reprenne une dimension capable de s'opposer désormais à l'issue de l'intestin.

La compression, suivant M. Petrali, ne peut agir de la première manière : 1° parce que l'absence d'un point fixe en arrière empêche l'accollement exact des parois du canal et du sac; 2° parce que la forme cylindrique du sac herniaire et de son col ne sont point favorables à l'accolement; 3° enfin parce que le sac contient le plus souvent de la sérosité, qui est un obstacle puissant à l'adhérence de ses parois.

La partie située à l'extérieur peut être facilement et efficacement comprimée, mais son oblitération ne guérit point la hernie qui subsiste toujours dans le canal inguinal.

Au contraire la réduction complète du sac, si elle

peut être longtemps et exactement maintenue, promet une guérison presque certaine. Le point difficile est d'obtenir cette espèce de compression. D'ailleurs, quand on y est parvenu, la nature aide singulièrement à rendre au canal sa petite dimension, parce que le bord inférieur du transverse et celui du petit oblique, débarrassés du tiraillement exercé sur eux par le sac, se redressent, maintiennent le canal aplati et lui rendent même un peu de son obliquité.

La guérison radicale à la suite de l'opération de l'étranglement n'est point aussi commune qu'on le croit généralement, parce qu'il faut pour ce résultat des conditions qu'on est loin de toujours rencontrer. Il faut que le collet du sac soit, dans toute son étendue, le siége d'un long travail inflammatoire, qui amène des adhérences solides entre ses deux surfaces, et aussi l'adhérence de sa face externe avec les parois du canal inguinal. Toutes les fois qu'on a pu examiner les cadavres d'individus guéris radicalement d'une hernie, à la suite d'une opération pour la levéed'un étranglement, on a trouvé l'anneau interne fermé, oblitéré. Scarpa a fait cette observation. Comme il est impossible de calculer les suites de l'opération nécessaire à la production de ces phénomènes, on ne serait point excusable de l'entreprendre hors les cas de nécessité, et alors même, quand l'étranglement est placé en dehors, à l'entrée du canal inguinal, il est presque certain que la maladie récidivera. La portion du sac située au-dessus de l'étranglement ne s'oblitérant pas, sera, par la suite, chassée par les viscères et formera une autre hernie.

Les procédés imaginés pour la cure radicale ne réunissent pas les conditions essentielles à cette cure.

Ainsi celui de Belmas laisse le canal et ses anneaux aponévrotiques étrangers aux phénomènes d'adhérence; on ne peut avoir quelque espoir de les y faire participer, qu'en usant d'une compression des plus exactes. D'ailleurs ce procédé peut amener de graves accidents d'inflammation, comme le prouvent les observations de l'auteur.

Ce dernier danger se retrouve dans le procédé de M. Jameson, qui met un bouchon de peau dans le sac herniaire. M. Petrali n'admet point ce procédé pour la hernie inguinale, parce que la partie postérieure du lambeau ne pourrait être maintenue par aucun lien en arrière, où ne se trouvent que le pubis et le pilier inférieur. M. Jameson lui-même ne semble l'avoir appliqué qu'aux hernies crurales.

Le procédé de M. Gerdy a l'inconvénient de laisser libre l'ouverture abdominale du sac et du canal, et, de plus, la portion invaginée de peau est libre en arrière, puisque les fils ne la retiennent qu'en avant et sur les côtés.

Par la modification qu'il a apportée à ce procédé, M. Signorini n'a sans doute eu en vue que de remédier à ce dernier inconvénient, mais il a certainement augmenté les dangers en allant aviver les bords de la peau.

On peut en dire autant des méthodes de MM. Bonnet et Mayor.

Voici maintenant une série de 13 faits qui viennent à l'appui de ces critiques; quelques-uns ont été publiés par l'auteur lui-même, en avril 1838,

comme des cas de guérison à une époque voisine de l'opération.

Observ. I. Passetto fut opéré par la méthode du professeur Signorini, et a été mentionné comme guéri dans le travail que nous avons cité plus haut; c'est qu'en effet, pendant quelque temps, la cicatrice a maintenu la hernie, et l'a maintenue d'autant mieux que la portion invaginée de la peau s'était gangrénée sous la compression des sutures, et que cette cicatrice avait ainsi acquis la résistance dutissu inodulaire. En janvier 1839, la hernie était complétement récidivée. La cicatrice adhérant encore au pilier supérieur de l'anneau, la hernie avait glissé sous elle et l'avait détachée du pilier inférieur.

Observ. II. Hernie ombilicale traitée par invagination de la peau. Le canal cutané est fermé par la suture entortillée et son fond est cautérisé avec l'ammoniaque; après peu de jours il y avait récidive.

Observ. III. Hernie inguinale récidivée après quelque temps, quoiqu'on ait pris soin d'appliquer la suture entortillée sur les piliers même de l'anneau externe.

Observ. IV et V. Ici le même sujet portait deux hernies très volumineuses. L'opération fut pratiquée par le même procédé de M. Signorini. Le diamètre considérable des canaux engagea à y laisser un corps étranger pour mieux exciter l'inflammation. Une sonde de gomme élastique fut laissée à demeure entre le grand oblique et la paroi antérieure du collet du sac. Il y eut une longue suppuration suivie d'une cicatrice très ferme. On espéra long-temps une guérison complète, et cette opinion fut partagée par beaucoup de

médecins ; en janvier 1839 la hernie avait reparu à droite; en mai 1840, à gauche; la hernie a dejà franchi la cicatrice; elle est encore fort petite, mais enfin il y a récidive.

Les observations 6, 7 et 8 ont également trait à des hernies inguinales, traitées de la même façon et également récidivées après quelque temps d'apparente guérison.

Observ. IX. Hernie si volumineuse qu'elle descendait jusqu'au genou : c'était une oschéocèle que le malade, nommé Angels Prauds, portait depuis l'enfance, et qui était parfaitement réductible. Après avoir mis à nu l'anneau par une incision sémi-lunaire, on enfonça dans le canal inguinal, autant qu'on le put, le sac herniaire lui-même et de plus un petit morceau d'éponge. Les piliers furent réunis à l'aide de la suture entortillée sur ces deux corps. Le huitième jour, on enlève les épingles : abondante suppuration. Le vingt-cinquième jour, la cicatrice était complète. Pendant quinze jours seulement la hernie parut guérie; mais quand elle reparut après cette époque, elle était beaucoup moins volumineuse, et pouvait être maintenue; c'était là le seul avantage que le malade eût retiré de l'opération.

Observ. X, XI *et* XII. Elles offrent aussi l'exemple de hernies inguinales volumineuses qui ne pouvaient être contenues. Elles furent opérées dans l'unique dessein de les rendre plus petites et susceptibles d'être maintenues réduites par le bandage; on obtint le résultat désiré. On mit en usage le procédé de M. Mayor; seulement, avec une aiguille courbe, on

passa un fil à travers les piliers qu'on maintint rapprochés en serrant les fils sur la peau.

Dans le douzième cas, le sac fut mis à nu par incision de la peau, et les sutures appliquées directement sur les piliers.

Dans le onzième, la récidive eut lieu deux mois après l'opération faite à un enfant de sept ans, pour une hernie inguinale. Il n'avait point voulu porter de bandage.

Observ. XIII. Giovanni Batisto-Albiero fut opéré le 2 juillet 1838, pour une petite hernie inguinale réductible. La peau incisée avec l'anneau externe, le sac fut mis à nu, bien écarté des parties environnantes et réduit en entier. La suture entortillée réunit les piliers. En un mois la plaie se guérit. Le 16 mars 1839 la cicatrice était solide et adhérente à tout le pourtour de l'anneau ; le malade ne portait point de bandage et sa hernie n'avait en aucune façon reparu.

Parmi les faits que nous venons de citer, il en est deux qui sont tout à fait nouveaux en France, et qui contredisent un des principes avancés par les auteurs des procédés de cure radicale. Ces derniers posent en règle générale qu'il ne faut essayer de guérir une hernie que lorsque l'anneau qui lui livre passage n'est pas trop élargi par une hernie volumineuse. Ici, au contraire, les hernies étaient assez volumineuses, pour ne pouvoir être suffisamment contenues, et le but de l'opération est d'en diminuer le volume et de les assujétir à une contention régulière. Les procédés mis en usage ne diffèrent guère de celui de M. Gerdy modifié par M. Signorini, et dont nous avons déjà parlé. Seulement aux dangers apportés par la modification de M. Signorini, on ajoute

dans l'un des cas, le danger d'un corps étranger, d'une sonde de gomme élastique laissée à demeure dans le sac pour y amener une grande suppuration. Malgré le succès de ces opérations, il n'est point, nous le pensons, d'une saine chirurgie, de les pratiquer sans la volonté formelle des malades. Nous avons vu la seule présence des fils passés, comme dans le procédé de M. Gerdy, amener des suppurations une fois étendues au loin, une autre fois terminées par la mort. A quoi doit-on naturellement s'attendre en face de pareils faits, quand, outre la présence des fils, la peau est divisée, le sac ouvert et une sonde laissée à demeure dans le sac à travers l'anneau inguinal.

MÉTHODES DE MM. SOTTEAU ET WUTZER.

Invagination à l'aide d'un moyen mécanique permanent.

MÉTHODE DE M. WUTZER

La méthode du professeur de Bonn se pratique à l'aide d'un instrument nouveau qu'il a nommé Célekleizon, et que nous ne prétendons décrire que très sommairement, tout en décrivant l'opération, qui est au fond la même que celles généralement connues par invagination cutanée. On commence à refouler avec le doigt la peau du scrotum dans le canal inguinal, lais-

sant entre la face dorsale du doigt et la paroi postérieure du canal le cordon testiculaire et ses anneaux. On glisse sur la face palmaire une tige creuse de bois plus longue que ce canal, percée près de son extrémité d'un trou destiné à donner passage à la pointe d'une longue aiguille mobile dans son intérieur. Ensuite, on fait saillir l'aiguille qui, s'échappant par le trou du cylindre, perce successivement les parois antérieures de l'infundibulum cutané, du sac et du canal inguinal. Au dehors, la pointe de l'aiguille est reçue dans une espèce de chas percé à l'extrémité d'un autre cylindre de bois placé à l'extérieur, parallèlement au cylindre intérieur, et du côté de l'anneau externe les deux cylindres sont unis par une vis de pression qui les presse l'un contre l'autre; mais de telle manière que la pression porte surtout au point où l'aiguille traverse la peau. On conçoit qu'avec un tel instrument, qui est laissé en place, terme moyen, six ou sept jours, l'aiguille remplace les points de suture placés ordinairement au fond du cul-de-sac cutané, et qu'il n'y a de plus que la pression exercée dans une étendue très limitée par les cylindres.

Dans beaucoup d'observations relatées dans ce mémoire, la pression a été assez forte pour occasionner une gangrène des téguments dans une étendue de 7 à 11 millimètres carrés. La pression de l'aiguille détermine une inflammation comme dans les autres sutures, et c'est sur elle que l'on compte pour les adhérences préservatrices de la récidive; mais cette inflammation porte toujours avec elle des dangers de suppurations diffuses, d'abcès, d'érysipèle; ce dernier accident est d'ailleurs arrivé dans l'observation X. Quant à la pression

exercée par les deux cylindres, elle est si limitée qu'elle ne peut ajouter grand'chose à l'étendue des adhérences; si elle était plus étendue, comme cela est arrivé dans quelques-unes des observations propres à M. Sotteau, pour agir efficacement, elle amènerait, ainsi qu'elle l'a fait, des gangrènes assez étendues et qui ne sont jamais sans danger.

MÉTHODE DE M. SOTTEAU.

Le but que M. Sotteau se propose est de serrer les parois du canal inguinal l'une contre l'autre avec assez de force pour déterminer dans ces parties une inflammation qui les fasse adhérer entre elles par l'intermédiaire de la peau qu'on a d'abord introduite dans ce col. A cet effet, dit l'auteur, j'enfonce à la hauteur du canal inguinal une aiguille courbe qui, convenablement dirigée, traverse les téguments et les parois interne et externe de ce conduit, et vient ressortir à une distance donnée de l'endroit où elle a pénétré; la pointe et le talon de cette aiguille font alors saillie à la surface de la peau. Un morceau de bois de la grosseur du petit doigt, long d'un pouce environ, percé à son milieu d'un petit trou, est porté sur l'aiguille jusque contre la peau; il est retenu en place par une petite cheville qu'on engage dans une ouverture qu'elle présente vers sa pointe. Un second morceau de bois, semblable au premier, est porté de la même manière contre la peau du côté opposé. Au moyen d'un écrou monté sur un pas de vis dont est munie l'extrémité du talon de l'aiguille, les deux

morceaux de bois sont rapprochés l'un de l'autre, et la portion de peau comprise entre eux peut être plus ou moins pincée. Pour ne pas faire parcourir à l'écrou un trop long trajet, on interpose entre lui et le morceau de bois quelques petites boules en bois percées d'un trou à leur centre. Par cette précaution, on évite aussi de donner beaucoup de longueur au pas de vis qui, en s'étendant trop loin sur l'aiguille, devrait quelquefois pénétrer jusque dans les téguments, ce qui serait très douloureux.

On prévoit d'abord toute la difficulté et tout le danger qu'il y aurait à passer une aiguille à travers l'anneau en perçant les téguments de dehors en dedans, s'il n'existait aucun danger à la diriger sûrement. J'ai imaginé un instrument qui remplit parfaitement ce but. Il est composé d'un cylindre en bois d'ébène, semblable à celui de l'instrument de M. Wutzer. Il porte à son extrémité antérieure une mortaise et à son extrémité postérieure une tige en fer qui s'élève d'abord perpendiculairement et se recourbe ensuite horizontalement de manière à venir se terminer au niveau de l'extrémité antérieure du cylindre. Une seconde tige droite en acier, espèce de levier du troisième genre, est fixée à l'extrémité de la tige au moyen d'une vis qui lui permet des mouvements latéraux ; au bout de ce levier se trouve une petite ouverture triangulaire destinée à recevoir le talon de l'aiguille, qui y est solidement fixée au moyen d'une petite vis de pression. Nous avons dit que l'aiguille était courbe : elle représente exactement le segment d'un cercle dont le levier serait le rayon.

Pour faire usage de cet instrument, on invagine la peau du scrotum, et on introduit le cylindre dans l'anneau, comme dans le procédé de M. Wutzer. Arrivé dans le canal inguinal, on le soulève afin de tendre la peau : pour rendre cet effet plus complet, un aide pose les doigts aux environs de l'endroit où doit pénétrer l'aiguille. Le levier armé de l'aiguille qui a été écartée du cylindre au moment où on l'a introduit dans l'anneau, est alors abaissé vers la peau. L'endroit que vient frapper la pointe de l'aiguille est celui où elle doit être enfoncée : on le saisit entre le pouce et l'indicateur de la main qui opère, et on lui imprime un mouvement dans le sens de sa courbure. Lorsqu'elle est arrivée dans la mortaise du cylindre, l'aide s'applique à tendre sur lui la peau vers le point où elle doit sortir, et dès qu'elle déborde la surface d'un demi-pouce environ, on démonte l'aiguille en desserrant la vis qui la retient; on retire le cylindre et on pince, par le procédé indiqué plus haut, la partie de la peau comprise entre les extrémités de l'aiguille, de manière à mettre les parois interne et externe du canal en contact avec la peau du scrotum qu'on y a invaginée. On serre d'abord modérément, et les jours suivants on augmente la pression de manière à déterminer une inflammation qui produise l'adhésion des parties mises en contact.

Il est très probable toutefois que les surfaces de la peau invaginée du scrotum, recouvertes de leur épiderme, ne contracteraient point d'adhérences entre elles malgré la pression extérieure, quelque forte qu'elle pût être, si l'on n'employait un moyen quelconque pour favoriser ce phénomène. Voici celui qui

m'a paru le plus sûr : au moment d'opérer, j'enduis l'extrémité du cylindre de pommade ammoniacale de Gondret, que je fais apprêter au lit du malade afin que ses effets soient plus sûrs : quand ce topique est bien préparé, il agit instantanément ; les surfaces de la peau étant ainsi dépouillées de leur épiderme dans les endroits où elles sont dans un contact parfait, ne peuvent manquer de contracter des adhérences entre elles.

Les deux chirurgiens dont nous rapportons les travaux ici n'ont pas insisté sur le mode que la nature emploie pour oblitérer les ouvertures herniaires, ils ont publié, l'un, le professeur Wutzer deux observations de cure radicale, l'autre, M. Sotteau onze; parmi elles on trouve un insuccès par la méthode de Wutzer quand l'anneau était peu dilaté, et aucun par la méthode de Sotteau quand l'anneau était fort dilaté. M. Sotteau a opéré du reste un malade qui déjà l'avait été par M. Wutzer.

On ne peut se dissimuler que les observations qu'ils citent à l'appui de leurs méthodes, ne prouvent que les malades aient été guéris pendant le temps de leur séjour à l'hôpital ; mais rien n'atteste qu'après s'être livrés à leurs occupations, ils n'aient vu plus tard se reproduire la maladie.

De la cure radicale des hernies après l'opération de la hernie étranglée.

« La solution de cette question est de la plus haute importance, car non-seulement elle nous donne la mesure des espérances que nous devons concevoir

après l'opération de la hernie étranglée ; mais encore elle nous éclaire sur la valeur de certains procédés, mis en usage pour la cure radicale de ces affections.

Si l'on admet que ce qui fait la force des parois abdominales, ce sont les muscles et les aponévroses qui les composent ; si l'on réfléchit que le tissu fibreux, dont ces derniers sont formés, bourgeonne difficilement, qu'il s'exfolie plutôt, et ne contracte par conséquent que des adhérences plus intimes avec les parties voisines quand celles-ci deviennent le siége d'une cicatrice ; qu'indépendamment de cela on agrandit presque toujours les ouvertures aponévrotiques dans les opérations de débridement, on en conclura que celles-ci ne doivent être que bien rarement suivies de guérison complète. Je pourrais ici rapporter des exemples ; mais je préfère citer le témoignage d'hommes qui ont beaucoup vu, et dont l'opinion repose sur une base large et solide. Il est très rare, dit Boyer, que l'opération procure la guérison radicale de la hernie (t. VIII, p. 136). Ast. Cooper est encore plus explicite :

« Quand le malade est rétabli des suites de l'opéra-
» ration, dit-il, il est encore exposé comme aupara-
» vant à la reproduction de la hernie. La prédisposi-
» tion à ce genre d'accident a même augmenté ; car
» l'ouverture abdominale a été accrue par l'incision
» du débridement » (p. 270).

Il cite des exemples.

Lorsqu'on a lu cette phrase si simple et si vraie, que penser de ceux qui recommandent de faire des scarifications autour de l'anneau, afin d'y déterminer une suppuration et d'y former des chairs qui puissent procurer une cicatrice ferme et solide ?

« Je ne sais, dit J.-L. Petit, sur quoi ils fondent
» l'espérance d'obtenir par ce moyen une cicatrice
» plus solide ; car l'anneau ne peut pas lui-même
» fournir ces chairs que l'on désire : c'est un corps
» aponévrotique incapable d'en produire ; de sorte
« que bien loin de tirer quelque avantage des scarifi-
» cations proposées, c'est affaiblir l'anneau» (édit. 1837,
» t. v, p. 668). C'est pour cela que d'autres chirur-
giens ont proposé simplement de dilater l'anneau, en cas d'étranglement, espérant obtenir plus sûrement par ce moyen une guérison radicale. Mais outre les difficultés que l'on éprouve, il reste ce fait : que les lames aponévrotiques, ne contractant avec le tissu cellulaire que de faibles adhérences, ne doivent pas tarder à fournir un libre passage aux viscères. En vain a-t-on employé diverses méthodes en marchant sur les traces d'Amb. Paré, J.-L. Petit a conseillé d'inciser l'anneau fibreux sans ouvrir le sac, de réduire ensuite les parties qu'il contient, de repousser dans l'ouverture herniaire la plus grande partie de ce sac et de l'y soutenir avec une pelote large, espérant que les parois de ce sac contracteraient des adhérences et se convertiraient en un corps solide, propre à empêcher le retour de la maladie. Sans parler des inconvénients nombreux qui pourraient résulter de cette méthode, et, en admettant qu'il se formerait une espéce de tampon, ainsi que J.-L. Petit le pensait, n'est-il pas certain que, comme toutes les parties devenues inutiles, le tampon ne tarderait pas à diminuer et à s'atrophier complétement, et que le tissu cellulaire ambiant, reprenant toute sa laxité, se prêterait de nouveau au déplacement des parties ?

D'autres chirurgiens, pour atteindre le même but, ont conseillé de pratiquer la ligature du sac pendant l'opération, ou même de le disséquer complétement, et d'en faire l'ablation. Astley Cooper, qui pratiqua une fois cette opération, se trouva à même de l'apprécier à sa juste valeur; car après avoir enlevé la totalité du sac, après avoir rapproché par des points de suture, la plaie sembla guérie le dixième jour; mais un mois après, la femme qui était l'objet de cette observation, se trouva affectée d'une hernie presque aussi volumineuse que la première. — « Quand on réfléchit, » ajoute ce célèbre chirurgien, que l'ouverture des » parois de l'abdomen conserve après cette opération, » la même étendue qu'auparavant, et que le péritoine » est encore le seul obstacle qui s'oppose à la repro- » duction de la hernie; il ne paraît pas probable que » cette membrane si extensible puisse empêcher la » réapparition d'une hernie, dont elle n'a pu prévenir » la formation primitive (p. 275). »

Ainsi donc, l'opération de la hernie étranglée n'offre que très peu de chances de guérison radicale, parce qu'il faudrait qu'elle diminuât l'ouverture aponévrotique, et qu'au contraire elle l'agrandit presque toujours. S'il est un cas où l'on puisse concevoir quelque espoir, c'est dans la hernie crurale, car l'expérience prouve qu'elle a moins de tendance à se reproduire que la hernie inguinale. Schreger dit positivement qu'après l'opération de la hernie crurale, on a rarement observé de récidive. Cela se conçoit, surtout maintenant qu'il est démontré que le débridement sur le ligament falciforme suffit presque toujours. Ce serait donc une espérance

consolante, car chacun sait combien les hernies crurales sont une infirmité grave; mais revenons aux hernies inguinales qui sont les plus communes. Il semble au premier abord qu'après l'incision du sac, l'inflammation doit développer entre les viscères et le pourtour de l'ouverture abdominale des adhérences capables de retenir ces viscères dans la cavité qui les renferme; mais si l'on réfléchit que cette adhérence ne s'opère qu'entre les séreuses, on concevra comment, par son déplacement, le péritoine pourra accompagner les viscères auxquels il adhère, lorsque ceux-ci tendent à reprendre leur ancien trajet. Il est un cas cependant où les adhérences peuvent empêcher la récidive de la hernie; c'est lorsque une portion d'épiploon ayant été laissée au dehors du ventre, a contracté des adhérences, non-seulement avec les lèvres de la plaie, mais aussi avec le col du sac herniaire, et par l'intermédiaire de ce col avec le sac lui-même (*Boyer*).

On conçoit que l'épiploon étant peu mobile en haut, et formant en bas un tampon d'un certain volume, doit, au moins dans un bon nombre de cas, empêcher le péritoine auquel il adhère, de fuir de nouveau devant les intestins. J'en ai vu un exemple remarquable dans le service de M. Laugier à l'hôpital Necker, lorsque j'étais son interne. Mais aussi il en résulte quelquefois des tiraillements d'estomac, des douleurs, des nausées, des vomissements, lorsque le malade a pris des aliments; de sorte qu'on peut dire qu'une pareille guérison est pire que le mal (1). »

(1) Thèse de M. Boinet, sur la cure radicale des hernies. Concours d'agrégation, janvier 1839.

RÉFLEXIONS.

La guérison radicale d'une hernie, après l'opération de la hernie étranglée, peut-elle être considérée comme la cause prédisposante d'une nouvelle hernie de l'autre côté?

Il y a quatre mois environ, madame D., âgée de 84 ans, demeurant rue Saint-Louis-au-Marais, no 21, m'appela auprès d'elle avec M. Frémineau, médecin du bureau de charité du huitième arrondissement. Nous reconnûmes une hernie crurale du côté droit et étranglée : le taxis fut tenté inutilement. Obligé de faire l'opération, nous y procédâmes avec précaution, et après avoir ouvert le sac et opéré un débridement, nous réduisîmes l'intestin. La malade n'éprouva aucun accident. Quelques jours après, par-dessus les bandes, nous appliquâmes un bandage médiocrement serré. Cette dame guérit bien de l'opération ; mais juste le jour où je lisais ici ma composition par écrit, le matin elle était heureuse de dire que, par le fait même de l'opération et de l'application du bandage, elle était complétement guérie, lorsqu'une nouvelle hernie crurale, du côté opposé, se produisit le soir en s'étranglant tout aussitôt : deux jours se passèrent. Les accidents augmentant et prenant un caractère très-grave, nous pratiquâmes de nouveau de ce côté l'opération de la hernie étranglée. Nous trouvâmes l'intestin dans un sac ne contenant

aucun liquide; nous le réduisîmes avec facilité, après un débridement. Le sac, dans cette seconde hernie, était fort épais, tandis que dans la première il était fort mince. Le débridement fut fait directement sur une bandelette aponévrotique, et la dissection même du pourtour de l'ouverture par laquelle la hernie s'est produite ne laisse aucun doute à cet égard. La malade a parfaitement guéri de cette seconde opération; elle porte maintenant un bandage double et n'éprouve aucune incommodité.

Doit-on, dans quelques cas, lorsque le sac est mobile, le détacher et le refouler dans l'anneau pour servir de bouchon, et par la suite faciliter la cure radicale de la hernie (1)? Je ne parle pas de la méthode de la dilatation conseillée par Leblanc pour la cure radicale de la hernie; car je ne pense pas que, de nos jours, on l'applique jamais dans cette intention.

CONCLUSIONS.

En lisant la longue histoire de ces méthodes opératoires, si l'on était étranger à l'art, on pourrait s'enorgueillir de la puissance de ces résultats; mais généralement plus l'arsenal chirurgical se complique, plus les méthodes se multiplient, plus il est insuffisant. Cette richesse menteuse cache une profonde misère. Certes, les anciennes méthodes opératoires doivent la plupart être rejetées; cependant la cautérisation légère, la compression et la position réunies doivent être employées. On ne peut pas se dissimuler

(1) Garangeot.

que les méthodes nouvelles n'aient un peu emprunté aux anciennes méthodes. Nous rejetterons la cautérisation, la castration, toutes les méthodes qui ont pour but de guérir la hernie en détruisant le testicule.

Nous avons soumis les méthodes nouvelles les plus rationnelles à une investigation rigoureuse; il en est résulté pour nous que ces méthodes ne sont pas sûres, qu'elles sont infidèles, qu'elles peuvent être suivies d'accidents graves, et qu'on doit les rejeter toutes les fois qu'il n'y a pas impérieuse nécessité, et qu'on peut causer la mort en pratiquant une opération qui n'est pas indispensable. Cependant j'excepte de cette proscription le procédé de la ligature, d'après la méthode de Desault, appliquée aux hernies ombilicales ; encore ce n'est qu'après qu'on aura employé pendant un certain temps un bandage ou une compression convenable. Toutes les fois qu'on est appelé à faire une opération de hernie étranglée, il faut soumettre, aussitôt après que l'opération est en voie de guérison, le malade à l'application d'un bandage placé par-dessus l'appareil contentif, et c'est surtout pendant que la plaie faite par l'opération se cicatrise qu'il faut employer ce moyen. Pendant son dernier voyage à Paris, causant avec M. Lallemand, de Montpellier, des chances des opérations, et déplorant avec lui la mort de plusieurs malades, nous nous sommes accordés à penser qu'on ne devait faire d'opérations sur l'homme vivant, que celles que nous laisserions pratiquer sur nous-mêmes, ou que nous conseillerions aux personnes qui nous sont chères, et c'est avec plaisir que je trouve cette opinion émise par M. Vidal de Cassis, dans son ouvrage de pathologie externe ; cependant quand je vois la facilité et

et l'innocuité de l'opération de la ligature, pour la guérison de la hernie ombilicale, je ne perds pas tout à fait l'espérance qu'on puisse peut-être un jour arriver à un bon résultat ; mais dans les hernies crurales et inguinales, ce qui empêchera de réussir la ligature, c'est qu'on ne peut jamais complétement saisir dans l'anse de fil la totalité de la peau et des enveloppes du sac. La plupart des faits émis par les auteurs se contredisent, et si M. Bonnet, si M. Belmas ont eu des succés, ils ont eu des revers. Mayor est opposé à lui-même; les tentatives de M. Velpeau ne sont ni satisfaisantes, ni concluantes; les faits de M. Signorini sont démentis par ceux de M. Pétrali. Les chirurgiens anglais qui ont fait des tentatives n'ont pas été plus heureux.

De toutes ces méthodes, celle de M. Belmas et celle de M. Gerdy paraissent devoir survivre; mais celle de ce dernier est plus sûre et plus facile.

NOTA. — Au moment où la thèse est à l'impression, nous venons de voir un jeune homme, le nommé Delâtre, Éloy, âgé de vingt ans, brossier, qui fut opéré par M. Gerdy, le 30 juillet 1838, pour une hernie inguinale droite ; il est resté deux mois à l'hôpital. Ce jeune homme est aujourd'hui aussi bien guéri que possible. En le faisant tousser ou faire des efforts, on ne sent point que les viscères cherchent à s'échapper ; le canal est complétement oblitéré. Il ne porte que deux cicatrices recouvertes par les poils de la région inguinale. Le testicule du côté droit, qui est ordinairement plus bas dans l'état normal, est maintenant beaucoup plus haut que l'autre. Cet homme est rentré pour une autre affection légère.

PREMIÈRE PLANCHE.

L'instrument de Wutzer ressemble à l'entéronome de Dupuytren, quant à son principe et à ses effets immédiats. Il est composé de deux tiges en bois d'ébène, *a* et *b* (Pl. I fig. 1), réunies entr'elles à une de leurs extrémités *u*, au moyen d'une charnière *d*, qui permet de les écarter ou de les rapprocher comme les branches d'un compas. Une des tiges est un cylindre de la grosseur du doigt indicateur, long de quatre pouces environ. Une vis *c*, longue d'un pouce, est adaptée perpendiculairement à ce cylindre, à un pouce environ de son extrémité postérieure, et passe à travers un trou pratiqué dans la tige opposée. L'écrou *g*, dont est munie cette vis, permet à l'opérateur de rapprocher et de serrer les deux tiges l'une contre l'autre plus ou moins fortement suivant le besoin. Le cylindre *b* est percé à son centre, dans toute sa longueur, par un canal étroit *h* qui s'ouvre latéralement

en *b*, à deux ou trois lignes de son extrémité. Ce canal sert de conduit à une aiguille flexible en acier *i*, assez longue pour sortir par son ouverture latérale et faire saillie d'un pouce et demi à deux pouces environ. Cette aiguille est vissée sur un manche en bois *m*, que l'on enlève après avoir placé l'instrument, afin de le rendre moins incommode. La partie de l'instrument creusée en forme de gouttière, que M. Wutzer appelle aussi le couvercle, est percée d'une ouverture assez large pour donner librement passage à l'aiguille *i* et la vis *e*. A l'extrémité postérieure du cylindre se trouve une petite lame en métal *o*, formant avec lui un angle plus ou moins aigu, large de quatre à cinq lignes et longue de dix lignes; elle est divisée dans presque toute sa longueur d'une échancrure large d'une ligne. Cette petite lame tient à la virole dont est muni le cylindre à cette extrémité, au moyen d'une charnière *d* qui lui permet d'être portée en avant ou en arrière suivant l'exigence. Le couvercle présente à l'extrémité qui s'unit au cylindre un écrou destiné à recevoir une vis à tête *p*, qui en s'engageant dans l'échancrure de la charnière dont il vient d'être parlé, et étant fortement serrée, fixe définitivement cette partie de l'instrument, en lui permettant toutefois des mouvements d'écartement et de rapprochement.

Telle est la description du Celekleïson, dont j'ai joint une figure à la fin de ce mémoire pour la rendre plus intelligible.

DEUXIÈME PLANCHE.

L'instrument de M. Belmas est formé de plusieurs pièces réunies, que l'on introduit avec facilité. La totalité de l'instrument constitue une seule pièce qui, ayant pénétré dans l'intérieur du sac, peut se démonter en dévissant la pointe de l'instrument d'un côté; avec la moitié de cet instrument il reste une autre moitié canaliculée, traversée par un mandrin, qui retiré sert à pousser dans l'intérieur du sac, par le petit canal qu'il occupait, des petits cylindres de gélatine (*suivre cette description sur la planche*).

TROISIÈME PLANCHE.

En examinant les instruments de M. Sotteau et en suivant l'explication de sa méthode qui est dans notre thèse, on en comprendra facilement le mécanisme.

MÉTHODE DE M. GERDY.

FIGURE PREMIÈRE.

Premier temps de l'opération.

A. La main gauche de l'opérateur.

B. Le doigt indicateur refoulant la peau dans le canal inguinal.

C. La main droite de l'opérateur armée du porte-aiguille.

FIGURE DEUXIÈME.

Troisième temps de l'opération.

A. La main gauche de l'opérateur.

B. Le doigt qui a refoulé la peau du scrotum dans le canal et sur la face palmaire duquel on glisse le porte-aiguille.

C. La main droite de l'opérateur.

D. La pointe de l'aiguille qui vient de traverser la paroi antérieure du canal iuguinal et le cul-de-sac invaginé.

E. le fil retenu au dehors par la main d'un aide, après qu'on l'a dégagé du chas supérieur.

É. L'autre extrémité du fil sortant du cul-de-sac invaginé.

FIGURE TROISIÈME.

L'opération terminée.

AA. Les deux extrémités du fil nouées en rosette sur les cylindres de gomme élastique.

B. L'ouverture du cul-de-sac de la peau invaginée.

FIGURE QUATRIÈME.

Cette figure représente l'opération simulée sur le cadavre. Pour bien voir les parties sous-jacentes en position on a fendu la paroi abdominale, au niveau et selon la largeur du canal, de manière à pouvoir montrer la disposition respective des intestins du péritoine et des parois du canal, par rapport au doigt de gant invaginé et au trajet de l'aiguille.

A. La main gauche du chirurgien.

B. Le doigt indicateur gauche refoulant la peau.

C. La main droite du chirurgien.

D. L'aiguille qui a traversé la paroi antérieure du canal inguinal.

E. Le cul-de-sac invaginé dans le canal et mis à découvert.

F. La paroi abdominale.

GGG. Le trajet du péritoine.

HH. Les circonvolutions intestinales protégées par le doigt.

FIGURE CINQUIÈME.

Vue de l'instrument (voyez sa description, p.) *de M. Gerdy.*

A. La manche du porte-aiguille.

B. La gaîne qui cache l'aiguille.

C. Le curseur qui fait mouvoir l'aiguille dans sa gaîne.

D. La pointe de l'aiguille.

EE. Les deux chas dont est percée l'aiguille près de sa pointe.

F. La rainure qui se trouve sur la convexité de l'aiguille et qui va d'un chas à l'autre.

Le manche de l'instrument est perforé pour recevoir un prolongement de l'aiguille, prolongement qui maintient cette dernière dans la gaîne.